



COMPETÊNCIA EMOCIONAL NOS FISIOTERAPEUTAS DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Julieta Ribas Afonso

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do IPB para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados.

Orientação Científica: Professora Doutora Maria Augusta Romão Veiga Branco

Coorientação Científica: Professor Doutor. António José Gonçalves Fernandes

Bragança, outubro de 2013

RESUMO

O presente estudo foi delineado com a finalidade de elaborar uma imagem diagnóstica de perfil em Competência Emocional (CE) – conceito aqui assumido como objeto de estudo - dos Fisioterapeutas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, para projetar uma eventual intervenção formativa nesta comunidade.

Os Objetivos concentraram-se em reconhecer, num primeiro momento cronológico, os comportamentos e atitudes que identificam as cinco capacidades da C.E. (Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Emoções em Grupos) destes profissionais, para, num segundo momento, se aceder aos comportamentos ou atitudes considerados mais perturbadores, e portanto, aos pontos críticos de intervenção, comprovando assim a pertinência – ou não - para uma formação nesta área de desenvolvimento humano, aqui assumida como a Educação Emocional.

Para aceder a estes objetivos, foi levado a cabo um estudo exploratório, quantitativo e correlacional, tendo como amostra respondente 58 Fisioterapeutas da RNCCI - concretamente nas Unidades de Internamento – sendo 49 do género feminino e 9 do género masculino e com idades compreendidas maioritariamente dos 21 aos 30 anos.

Os dados recolhidos a partir das respostas da amostra ao instrumento de recolha de dados – Escala Veiga de C.E. (EVCE) (Veiga-Branco, 2005, 2007), aplicado via *on line* através do *Google Docs* - foram submetidos a diferentes procedimentos estatísticos: inicialmente através de estatística descritiva, seguida de estudos correlacionais com respetiva significância estatística, obtendo assim quais as capacidades que expressam o perfil atitudinal e comportamental da C.E.

Os resultados das correlações entre as capacidades e a Competência Emocional são positivas e muito fortes, no entanto, neste perfil a amostra revela um perfil diferente do apresentado em construto teórico. O facto de os Fisioterapeutas expressarem que só **“Por Norma”**, vivem as capacidades de Gestão de Emoções, Gestão de Emoções em Grupos e de Automotivação, revelam necessidade de intervenção de Educação Emocional nestas destrezas, como forma promotora da sua C.E..

Palavras – Chave: Competência Emocional; Fisioterapeutas; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ABSTRACT

The present study was designed with the aim of developing a diagnostic imaging profile in Emotional Competence (EC) – a concept adopted here as an object of study – the National Network of Physiotherapists of Continuous Care, to design a possible training in this community.

Objectives focused on recognizing, at first chronological, behaviors and attitudes that identify five capabilities of EC (Self-Awareness, Emotions Management, Self Motivation, Empathy and Emotions Management Groups) of these professionals, for, second, if access behaviors or attitudes considered more disturbing, and therefore the critical points of intervention, thus proving the relevance – or not – for training in this area of human development, here assumed to Emotional Education.

To reach these goals, it was carried out an exploratory study, quantitative and correlational, and a sample of 58 RNCCI Physiotherapists respondents – specifically in Inpatient Units – which 49 females and 9 males and aged mostly from 21 to 30.

The data collected from the responses of the sample to the instrument for data collection – Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE) (Veiga-Branco, 2005, 2007) on line through Google Docs – were subjected to different statistical procedures: initially through descriptive statistics, followed by correlational studies with respective statistical significance, thereby obtaining what capabilities express attitudinal and behavioral profile of EC. The results of the correlations between the capabilities and Emotional Competence are positive and very strong, however, in this profile the sample reveals a different profile presented in the theoretical construct. The fact that Physiotherapists only express “By Norma”, living skills Management Emotions, Emotions Management Groups and Self Motivation, reveal the need for intervention of Emotional Education in these skills as a way of promoting their EC.

Keywords: Emotional Competence, Physiotherapists, National Network for Continuous Care

ABREVIATURAS/SIGLAS

APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

AVD's – Atividades da Vida Diária

CE – Competência Emocional

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ECL – Equipa Coordenadora Local

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EVCE – Escala Veiga de Competência Emocional

FT – Fisioterapeuta

IE – Inteligência Emocional

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

OMS – Organização Mundial da Saúde

RBC – Reabilitação Baseada na Comunidade

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SFP – Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

UI – Unidade de Internamento

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WCPT – World Confederation for Physical Therapy

WHPA – World Health Professions Alliance

Aos meus pais e ao chá de camomila...

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma contribuíram na realização deste trabalho.

Aos meus pais, Aníbal Fernando Afonso e Maria Aurora Preto Ribas, por serem como são para mim, obrigada por todo o amor que manifestam. Perdão pela minha ausência.

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, minha Orientadora, pela sua singular pessoa, por toda a sua sabedoria, compreensão, disponibilidade e paciência, e ainda pelos momentos de boa disposição que sempre marcaram os nossos momentos de orientação científica.

Ao Professor Doutor António José Gonçalves Fernandes, meu Coorientador, pela agradável surpresa que se revelou, pelos seus ensinamentos, pela sua simplicidade, pelo seu perfeccionismo, pela sua objetividade, pela sua calma e tranquilidade.

À Professora Doutora Maria de Jesus Gorete Baptista, diretora do Mestrado em Cuidados Continuados, pela disponibilidade e pelo apoio prestado desde sempre.

A todos os Fisioterapeutas das Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que se mostraram recetivos e disponíveis, participando de forma voluntária neste trabalho de investigação. Sem o seu contributo, jamais seria possível.

Aos meus amigos verdadeiros, aqueles que estão Em Mim, que me puxaram para cima quando teimava em desanimar: Sílvia Monteiro, Celine Pires e Luís Magalhães. Em especial ao Pedro Pinheiro, por tudo!

Às colegas do Curso de Mestrado em Cuidados Continuados, da Escola Superior de Saúde do IPB no geral e em particular à Laura Alves, Isabelle Caetano, Cristina Sacras, Lia Marcos e Tânia Lopes, pelo companheirismo no decorrer deste trabalho de investigação. Caminhamos lado a lado!

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I.....	7
<i>RATIONALE</i> TEÓRICO	7
CAPÍTULO I – VIAGEM PELA EMOÇÃO – CONCEITOS	9
1.1 – EMOÇÃO, SENTIMENTO E RAZÃO	11
1.2 – ARROLANDO EMOÇÕES, SAÚDE E BEM-ESTAR	16
1.3 – DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL À COMPETÊNCIA EMOCIONAL	17
1.3.1 – Competência emocional – capacidades/variáveis de construto	21
CAPÍTULO II – A FISIOTERAPIA E A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	23
2.1 – PERSPETIVA HISTÓRICA DA FISIOTERAPIA	25
2.2 – FISIOTERAPEUTA – ESSÊNCIA, RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS ..	26
2.3 – RELAÇÃO DE AJUDA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO	28
2.4 – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	29
2.4.1 – Enquadramento e caracterização da RNCCI	29
2.4.2 – Tipologia das unidades de internamento	32
2.4.3 – O papel do Fisioterapeuta na RNCCI	34
CAPÍTULO III – O FISIOTERAPEUTA E A EDUCAÇÃO EMOCIONAL	37
3.1 – PARA UM FISIOTERAPEUTA EMOCIONALMENTE COMPETENTE	39
3.2 – A EDUCAÇÃO EMOCIONAL – PERTINÊNCIA E APLICAÇÃO	42
PARTE II.....	47
<i>RATIONALE</i> METODOLÓGICO	47
CAPÍTULO I – PROCEDIMENTOS	49
1.1 – TIPO DE ESTUDO	51
1.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	51
1.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	52
1.3.1 – Da adaptação à aplicação do instrumento de recolha de dados	54
1.4 – TIPO DE TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	55

CAPITULO II – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	59
2.2 – ANÁLISE DESCRITIVA DAS CAPACIDADES DA CE	64
2.3 – ANÁLISE CORRELACIONAL ENTRE AS CAPACIDADES E A CE	66
2.4 – PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO NOS FISIOTERAPEUTAS DAS UI DA RNCCI.....	70
CAPITULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
3.1 – CONCLUSÕES DO ESTUDO	75
3.2 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	76
3.3 – SUGESTÕES	77
BIBLIOGRAFIA	79
ANEXOS	91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto ao género e ao escalão etário	59
Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto às habilitações literárias	60
Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto ao Tempo de serviço na profissão (em anexos completos)	61
Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço na RNCCI (em anos completos)	61
Tabela 5 – Distribuição da amostra quanto à Tipologia das Unidades de Internamento (UI)	61
Tabela 6 – Distribuição da amostra quanto ao Grau de realização profissional e à Satisfação pessoal como Fisioterapeuta	62
Tabela 7 – Distribuição da amostra quanto ao Grau de satisfação no local de trabalho e a Opinião acerca das condições do mesmo	62
Tabela 8 – Distribuição da amostra quanto à Importância da relação interpessoal com os utentes e com os colegas de equipa.....	63
Tabela 9 – Distribuição da amostra quanto à Importância da estabilidade emocional para a relação interpessoal com os outros e à Importância da relação com outrem para a sua estabilidade emocional	64
Tabela 10 – Apresentação descritiva da distribuição dos valores das variáveis independentes (capacidades da CE): média, desvio padrão, alfa de Cronbach e total da amostra	65
Tabela 11 – Apresentação da frequência temporal dos comportamentos que caracterizam cada uma das cinco Capacidades e da Competência Emocional, em professores (Veiga - Branco, 2004a), e enfermeiros (Vilela, 2006; Agostinho, 2010)..	65
Tabela 12 – Distribuição das correlações entre as capacidades e a Competência Emocional: coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> (r) e nível de significância (p)	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto ao estado civil	59
Gráfico 2 – Distribuição da amostra quanto à Formação Especifica em Cuidados Continuados.....	60
Gráfico 3 – Distribuição da amostra quanto ao Reconhecimento da profissão	63

INTRODUÇÃO

Nos dias que decorrem, os cuidados de saúde revelam a necessidade da detenção de um conjunto de competências em determinadas áreas específicas de atuação relacional, que as equipas de recursos humanos que aí se inserem - nos seus conteúdos funcionais – acabam por sentir a necessidade de se ser competente na ação e condução da ação relacional: intra e interrelacional. O que para alguns parece ser todavia, ainda surpreendente, é que estas áreas relacionais, parecem ser as que dizem respeito aos conceitos do que atualmente se considera Competência Emocional (CE) dentro da atividade profissional.

Para acrescentar densidade e complexidade ao contexto, verifica-se que com o aumento da esperança de vida, também se verifica um incremento da população idosa, suas limitações e necessidades inerentes a esta parte cronológica e relacional de vida. Ora, será a nível comunitário, em parte por esta inversão das pirâmides demográficas e em parte pela ausência do papel da “matriarca” no lar, cuidadora principal e tradicional, que cada vez é mais premente, necessário e urgente, encontrar respostas diversificadas não só para saber apoiar pessoas em situação de dependência, como também saber promover a autonomia da pessoa e da família.

É desta condição - com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho - que nasce a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da parceria estabelecida entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e o Ministério da Saúde, representando um processo reformador desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção em prol do interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social.

Assim sendo e por isto, dentro da RNCCI, os cuidados são prestados por uma equipa¹ multidisciplinar e interdisciplinar, dentro da qual, se incluem os Fisioterapeutas, população alvo deste estudo. Nesta continuidade de ideia, são as expressões como “ (...) *doenças crónicas e incapacitantes; dependência funcional; Conforto e qualidade de vida; Cuidados de Fisioterapia; Promover a funcionalidade; Educação pra saúde; Reabilitar e inserir (...)* ”, presentes nos documentos² que legitimam a criação e

¹Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009; 2011), a equipa que compõe as Unidade de Internamento pode incluir Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo Clínico, Nutricionista e Auxiliares de ação médica/Ajudantes de saúde.

estrutura da Rede, e que por estarem legitimados, tornam este estudo pertinente nos Fisioterapeutas da RNCCI.

Mas este documento não insere nem em conteúdo nem em significado o que aqui se toma como objeto de estudo, ou seja, a Competência Emocional. Na verdade a componente emocional no contexto relacional é ainda uma variável distanciada, dos cânones normativos institucionais em Portugal. Esta relação entre C.E. e melhor contexto cuidativo é recente e com poucos resultados emergentes de investigação. Apesar de – ao nível da prática clínica - o valor da emoção só recentemente ser reconhecido na prestação dos cuidados de saúde, confirmou-se (Martins, Ramalho & Morin, 2010) que a Inteligência Emocional (IE) está associada a melhor saúde, e que há uma relação positiva entre CE/Inteligência Emocional, satisfação profissional e sentimento de bem-estar (Costa, 2009a,b), e além destas relações, também se comprovou que os profissionais de saúde se envolvem em situações com conotação emocional no seu quotidiano profissional (Vilela, 2006; Agostinho, 2010), além de que conseguem destacá-las e reconhecem a sua importância (Figueira & Carvalho, 2011).

Pertinência do estudo

O conceito de prática profissional na Fisioterapia compreende não só competências técnicas/clínicas mas também cuidado e relação – aqui vista como uma relação terapêutica, onde a Empatia assume um posicionamento evidente - com o utente (APF, 2005).

Assim, dos Fisioterapeutas, envolvidos em relações empáticas, de ajuda, durante a sua prática profissional, é esperado que manifestem sensibilidade para reconhecer a vulnerabilidade do utente e ao mesmo tempo que distingam numa forma consciente os próprios sentimentos e os do utente. Esta interação – já que a Fisioterapia tem como campo de trabalho, o corpo físico e uma das ferramentas essenciais, o toque - é em si mesma um espaço e momento de toque terapêutico.

Assim, por isto, mas não só, é essencial que os Fisioterapeutas, de alguma forma, apresentem destrezas para lhe proporcionar (ao utente) um espaço e tempo de gestão de sentimentos menos bons, seja desde a partilha oral até à expressão não-verbal, na qual o corpo é mestre, e desta a expressão emocional. O trato da componente corporal, desde a massagem, à mobilização e até à aplicação dos aparelhos de eletroterapia é propício à

²Dec. Lei 101/2006 de 6 de Junho; Guia da RNCCI, Setembro de 2009

criação de diálogos. Pois bem, em escuta ativa, ou em observação das expressões – verbais ou não verbais - de dor, de alegria ou de angústia, esta terapia pode e deve ser usada para indagar os sentimentos do corpo dos utentes e poder conduzir uma gestão emocional ou motivação pessoal para adaptação a uma nova condição.

É por estes motivos, mas não só, que se torna pertinente aceder ao conhecimento do perfil de competências emocionais dos profissionais que trabalham na prestação de cuidados diretos aos utentes, e nomeadamente, dos Fisioterapeutas. Mas não só, também porque, a médio e longo prazo, trará futuramente benefício e realização pessoal para os mesmos, e melhoria para a relação de ajuda profissional/utente, o que se vai traduzir num continuado aperfeiçoamento das relações interpessoais e melhoramento da prestação de cuidados, favorecendo e incrementando o sucesso profissional.

Atendendo ao que os estudos apresentam (Vilela, 2006; Agostinho, 2010; Arruda & Arruda, 2010), torna-se indispensável assumir a Competência Emocional (CE) dos cuidadores de saúde em geral, e portanto aos Fisioterapeutas em particular – já que aqui assumem o estatuto de população-alvo e amostra em estudo – razão porque é um fenómeno sentido como uma mais-valia no processo de cuidar (Gard, Gyllensten, Salford & Ekdahl, 2000). A escolha das Unidades de Internamento da RNCCI versa-se com o facto deste estudo estar incluído na área dos Cuidados Continuados onde os cuidados são prestados por uma vasta equipa, incluindo os Fisioterapeutas.

Desta forma e sendo escassos os estudos a nível nacional acerca desta temática, torna-se pertinente investigar de forma a provocar nas pessoas a necessidade de reflexão.

Neste sentido, tomam-se como **Objetivo Geral** deste estudo:

- Conhecer os comportamentos percebidos - enquanto variáveis do perfil - de CE dos Fisioterapeutas da RNCCI, e quais as frequências com que ocorrem, no sentido de verificar se expressam maior ou menor nível de frequência de CE.

Há dificuldade em controlar situações emocionalmente instáveis, especialmente ao sair da zona de conforto e se as emoções se limitam à raiva e à ansiedade. Essa incapacidade de controlar as próprias emoções e de se comunicar eficazmente, expõe as pessoas a conflitos repetidos e não resolvidos ou mal resolvidos; à falta de entusiasmo e ao decréscimo da produtividade geral, seja na vida pessoal ou em contexto profissional.

Urge capacitar emocionalmente as pessoas que trabalham na prestação de cuidados de outras pessoas, pois a capacitação académica já está presente, mas não parece nesta área ser suficiente.

O presente estudo surge no âmbito do 1º Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, com a finalidade de preparar um Projeto de Intervenção na comunidade de profissionais de saúde da RNCCI. O estudo tem como objetivo principal aceder a um diagnóstico de situação no campo da CE dos Fisioterapeutas e os objetivos foram delineados tendo como finalidade o processo de descoberta da Educação Emocional.

São **objetivos específicos**:

- Conhecer os níveis de frequências temporais de atitudes e comportamentos dos Fisioterapeutas das UI da RNCCI, indicadores de um perfil de Competência Emocional.
- Comparar os comportamentos e atitudes que configuram o perfil de Competência Emocional dos Fisioterapeutas das UI da RNCCI – em significado e sentido - ao anteriormente exposto, com autores como Goleman (1995) ou com os resultados obtidos por Veiga-Branco (2005, 2007), Vilela (2006) e Agostinho (2010).
- Conhecer as variáveis de maior frequência temporal no perfil de Competência Emocional dos Fisioterapeutas das UI da RNCCI.
- Conhecer a existência de correlação entre as 5 capacidades com a variável dependente Competência Emocional.
- Analisar se os valores de correlação entre as 5 capacidades e a variável dependente Competência Emocional, podem representar valores de atribuição de variáveis preditivas para esta variável dependente. E em caso afirmativo, perceber quais serão de entre as cinco capacidades as mais e menos preditivas da Competência Emocional dos Fisioterapeutas.

Para dar consecução a estes objetivos, será usada a EVCE (Veiga-Branco, 2004, 2011) como Instrumento de Recolha de Dados (IRD), aplicada via *on line* (*Google Docs*) a uma amostra de Fisioterapeutas que desempenham funções nas Unidades de Internamento da RNCCI.

Por fim, apresentar-se-á o texto deste estudo, no seu processo de fundamentação concetual e de desenvolvimento empírico, que é constituído por duas partes, cada uma com três Capítulos.

Na 1ª Parte, o Capítulo I aborda os conceitos de emoção, sentimento e razão e no Capítulo II é feita uma abordagem à perspetiva histórica da Fisioterapia. O Capítulo III diz respeito ao Fisioterapeuta e à Educação Emocional.

A 2ª Parte deste estudo, expõe os Procedimentos utilizados na Metodologia no 1º Capítulo e no 2º Capítulo é feita a apresentação e a discussão dos resultados. O Capítulo III descreve as considerações finais e engloba as conclusões do estudo, as limitações encontradas no decorrer do mesmo e as sugestões para trabalhos futuros.

PARTE I

***RATIONALE* TEÓRICO**

CAPITULO I – VIAGEM PELA EMOÇÃO – CONCEITOS

“ Às vezes penso: os nossos sentimentos são como uma espécie de esparguete em aço, em que cada segmento está totalmente imiscuído no todo mas ao mesmo tempo é distintamente apercebível. Outras vezes penso: não, os nossos sentimentos são como uma floresta de esparguete de aço em que cada segmento emerge só parcialmente distinto. Na ponta de cada uma dessas varas vibra uma formação algo rendilhada, consequência dos constantes tremores de cada segmento, e assim, quando alguém está sob o império de funda emoção, tudo nele treme e na floresta tudo vibra e essas extremidades rendilhadas formam rapidíssimos desenhos, imiscuindo-se uns nos outros, e o total é uma combinação de vibrações que se sobrepõem e explicam a confusão que se encontra no indivíduo sob o império da emoção.”

Ana Hatherly, in 'Tisanas'

1.1 – EMOÇÃO, SENTIMENTO E RAZÃO

“Todos sabem o que é uma emoção, até se lhes pedir para darem uma definição.” Beverly Fehr & James Russell, 1984³

Não somos ocos, desprovidos de afetos,... fervilhamos, destilamos turbilhões...somos humanos e estamos repletos dessa essência almiscarada que é a emoção!

As emoções fazem parte da afetividade e o comportamento humano está imbuído dessa constelação afetiva. Constituem um desafio permanente de entendimento, desde que os seres humanos adquiriram a capacidade de pensar sobre a própria existência e a palavra emoção não é, de todo, fácil de definir.

Do ponto de vista etimológico verifica-se que a palavra “emoção” provém de “*emovere*”, “*e*” (fora) e “*movere*” (movimento), ou seja, “*movimento para fora*”, perceptível pelo outro pelas reações do nosso corpo. Desta forma, pode dizer-se que as emoções são o motor que movimenta os comportamentos e não se conseguem controlar à vontade, só se conseguindo controlar uma parte, a sua expressão (por exemplo, suprimir a ira, disfarçar a tristeza). Sem qualquer exceção, todos os seres vivos têm as emoções inscritas no seu património genético e “ (...) *estão ligadas às ideias, aos valores aos princípios e aos juízos complexos que só os seres humanos podem ter (...)* ” (Damásio, 2001).

Ao longo dos tempos, vários foram os investigadores que tiveram dificuldade em definir corretamente este termo.

Para uma definição de termos...

As emoções e tudo o que abraçam adquirem importância dia após dia. O conceito de Inteligência Emocional está em voga e o conceito posterior daí emergente, a Competência Emocional, assume-se como uma variável influente num vasto domínio de áreas profissionais, onde claramente se incluem os cuidados de saúde (Cherniss, 1999). O conceito análogo mais antigo que surgiu foi o de Inteligência Emocional (IE) através de Darwin (1859, 1873), que na sua obra referiu a importância da expressão emocional para a sobrevivência e adaptação. Contudo, no final do século XX, surge um novo conceito centrado no auto controlo e no domínio das emoções, que descreve a capacidade de reconhecer os próprios sentimentos e os dos outros, assim como a

³ In “Compreender as Emoções” de Keith Oatley e Jennifer M. Jenkins (2002).

capacidade de lidar com eles (Goleman, 1995, 2010), diretamente relacionado com o perfeito equilíbrio das inteligências intrapessoais e interpessoais (Gardner, 1995a).

Antes da publicação de Goleman (1995), onde o termo “Inteligência Emocional” era definido como: *“a capacidade de reconhecermos os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos as emoções em nós e nas nossas relações”*, o mesmo já tinha surgido num artigo de Salovey e Mayer (1990), no qual era referido como sendo: *“capacidade de perceber e expressar emoções usando-as e gerindo-as de forma a gerar crescimento pessoal”*. A ligação entre emoção e pensamento, evidenciada nesta definição concetual, remete-nos para a importância da Inteligência Emocional nas Ações e decisões dos indivíduos nos diferentes contextos de vida – família, escola e trabalho.

Nesse mesmo período, Damásio (1995), demonstrou que há uma forte ligação entre a razão e as emoções, tornando-se impossível separá-las, uma vez que a ausência destas, altera as decisões supostamente racionais. Então, pode dizer-se que as emoções influenciam a razão e vice-versa, e portanto, também e consequentemente as decisões. Esta influência recíproca, verifica-se nos comportamentos e atitudes do dia-a-dia – quer se tenha consciência disso ou não - incluindo obviamente os contextos relacionais do desempenho profissional, ou seja, é fundamental que haja Competência Emocional.

Posterior e paralelamente, o conceito de Competências Emocionais foi definido por Saarni (2002) como a *“demonstração da auto-eficácia em transacções sociais que produzem emoções”* e por Bisquerra (2002) como *“o conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para tomar consciência, compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais”*, pelo que, e na prática quotidiana, o conjunto de Competências Emocionais, permitem compreender, expressar e regular de uma forma apropriada os fenómenos emocionais, facilitando os processos de aprendizagem, a solução de problemas, as relações interpessoais e a adaptação a diferentes contextos.

Numa conceção mais recente, Veiga-Branco (2005, pág. 171), assume uma diferença essencial entre Inteligência Emocional e Competência Emocional, defendendo que esta não diz só respeito a uma capacidade hipotética, como algo provável ou em disponibilidade para, mas sim, *«diz respeito ao pós-facto. Só pode ser apreciada simultaneamente ou após a exibição de comportamentos e ou atitudes, através da observação, ou através de memórias expressas, pelos sujeitos executores ou por observadores.»*

O construto inclui cinco capacidades (Goleman, 2010; Veiga Branco, 2004 a, b; 2005): a primeira é a autoconsciência, a segunda é a gestão de emoções, seguida da automotivação, depois a empatia e finalmente a gestão de relacionamentos em grupos. Considerando o contexto amostral e o objeto de estudo, importa referir, que todas as capacidades são consideradas pelos autores (Salovey & Mayer, 1990; Gardner, 1995a; Goleman, 1995, 2010; Veiga Branco, 2004 a, b; 2005) como pertinentes em matéria da área relacional e nomeadamente do relacional terapêutico, como é o caso dos Fisioterapeutas.

Segundo Goleman (2010), as emoções são “*planos de instância para enfrentar a vida que a evolução instilou em nós*”. Constituem um excelente barómetro do nosso bem-estar. Na sua essência são um convite à ação, são elas quem nos regulam e estimulam o nosso impulso para agir. A emoção exerce um papel regulador do organismo, influenciando diretamente no sistema imunológico, está ligada à cognição, contribuindo para a tomada de decisões e é indispensável para as relações do indivíduo com ele próprio e com o mundo exterior.

Bisquerra (2002) defende que a emoção é vista como um processo com quatro etapas: antecipação (se não houver aviso prévio), provocação, revelação e resultado. Defende ainda que as emoções são reações às informações que recebemos do contexto em que estamos, e a sua intensidade é relativa às avaliações subjetivas que elaboramos ao nível cognitivo, acerca de como a informação recebida pode alterar o nosso bem-estar.

Já Damásio (2001, pág. 72) define emoções como: “*(...) conjuntos complicados de respostas químicas e neurais que formam um padrão (...) dizem respeito à vida de um organismo, mais precisamente ao seu corpo; a finalidade das emoções é ajudar a manter a vida.*”

Na Taxonomia das emoções, Damásio (2001) considera *emoções primárias* as que são inatas, universais, partilhadas por todos e associadas a processos neurobiológicos específicos, *emoções secundárias* (ou sociais) as que surgem da combinação da gradação do estado cognitivo e do estado emocional, ou seja, aquelas que resultam da aprendizagem: a vergonha, o ciúme, a culpa ou o orgulho e ainda aquelas que se referem a estados de corpo, percebidas sem que uma única palavra tenha sido proferida, denominadas de *emoções de fundo*: o bem-estar ou mal-estar, a tensão ou a calma. Numa definição mais geral, Freitas – Magalhães (2007) refere que uma emoção é um impulso neural que move um organismo para a ação. Diferencia-se do sentimento porque tal como observado é um estado neuro psicofisiológico. De acordo ainda com o

mesmo autor, as emoções básicas, facilmente exteriorizadas pela atitude corporal e reconhecidas pela expressão facial, são respostas automáticas, rápidas, universais e incluem o medo, a surpresa, a tristeza, a alegria, a ira e o nojo.

Contudo, apesar das emoções serem inatas e visíveis, a sua expressão pode ser personalizada, educada, regulada, de forma voluntária, fazendo jus ao ditado popular: *“Quem vê caras, não vê corações”*. Mesmo com mecanismos notoriamente semelhantes, as circunstâncias em que certos estímulos se tornam emocionalmente competentes podem ser diferentes (Damásio, 2010).

Pode dizer-se que as emoções orientam as nossas vidas e especialmente as nossas relações com os outros. São inconscientes, são públicas, dirigem-se para o exterior, duram segundos e aparecem revelando a natureza imediata da agitação nos humanos. É tão difícil impedir a expressão de uma emoção como evitar espirrar. Nunca devemos reprimir as emoções, devemos vivê-las.

Para que não fiquem dúvidas quanto aos dois conceitos, resgatam-se aqui as palavras de Damásio (2010, pág. 142) que distingue claramente os conceitos, defendendo que *“Emoção e sentimento são processos distinguíveis, embora façam parte de um ciclo muito apertado (...)”*.

O autor assume que *“(...) os sentimentos são imagens de acções e não acções em si; (...)”* mas de forma clara e concisa define que *“(...) as emoções são acções acompanhadas por ideias e modos de pensar (...)”*. E reserva o conceito de *“sentimentos emocionais”* – fenómenos frequentes na nossa vida de quotidianos – e muito importantes no mundo relacional, como *“(...) percepções daquilo que o nosso corpo faz durante a emoção, a par das percepções do estado da nossa mente durante o mesmo período de tempo.”*

Então, é através dos sentimentos, dirigidos para o interior e privados, que as emoções, dirigidas para o exterior e públicas, iniciam o seu impacto na mente. A emoção é parte integrante dos processos de raciocínio e da tomada de decisão, para o pior e para o melhor e os sentimentos interiores são as melhores testemunhas do nosso insucesso.

Ainda segundo Damásio (2010), é possível exibir uma expressão de medo, mas não sentir o medo): *“As emoções ocorrem no teatro do corpo. Os sentimentos ocorrem no teatro da mente.”*

E como sabemos que estamos emocionados? O corpo encarrega-se de o exteriorizar pelos gestos, pela expressão facial, pelo olhar, pela voz e de senso comum, tão simplesmente quando sentimos as mãos húmidas, um “frio no estômago”, um “nó no

peito”, uma vontade tremenda de chorar ou de rir sem parar, quando ficamos “brancos como a cal” ou coramos inesperadamente, quando ficamos sem palavras ou quando o coração acelera e ameaça sair pela boca... É o processo de viver uma emoção, ou seja, é a informação que seres biológicos são capazes de sentir nas situações que vivenciam, é uma consequência privada mas consciente da emoção, com características mais duráveis, prevalecendo durante minutos ou horas. Este sentir, atendendo às necessidades afetivas de todos os indivíduos, está intimamente imbuído com próprio contexto bio-psico-social, logo, imbricado com algo que nos faz parar para pensar, ter consciência...a razão.

Da razão...

Como definição, “Razão”, emerge do étimo, do latim *ratio*, ou do grego *logos*, significa pensar e falar com clareza, medida e proporção, numa forma ordenada e compreensível para outros. É a capacidade intelectual que permite dizer as coisas tais como são, organizando a realidade de forma a torná-la racional.

Na dicotomia, no dualismo emoção/razão há uma sinergia entre a inteligência emocional e a inteligência cognitiva. A nossa vida mental é construída pela interação destas duas maneiras diferentes de saber: a mente que sente (emocional) e a mente que pensa (racional), que combinando os seus diferentes modos de saber, funcionam na maior parte das vezes em perfeita harmonia, guiando-nos (Damásio, 1995).

Por outras palavras, mas em abordagem diferente, Goleman (2010) distingue “*a mente racional*” como os mapeamentos mentais ou as cognições com que elaboramos a “*compreensão de que temos tipicamente consciência*” e continua para estabelecer as diferenças, assumindo que “*(...) ao lado deste existe um outro sistema de conhecimento: impulsivo e poderoso, ainda que por vezes ilógico – a mente emocional*” (pág. 30) colocando nas palavras poderoso e ilógico a ilustração que caracterizam o fenómeno de *arousal* emocional. Este ponto é neste estudo muito importante, já que é a natureza de *arousal* de que a emoção é feita, que torna pertinente pensar na Educação Emocional como uma energia a ser aprendida “a ser vivenciada” repetida e conscientemente, para simultaneamente ser aprendida a ser gerida.

Tal como refere Damásio (1995, 2001), há uma estrada entre a razão e as emoções. Torna-se impossível separá-las, uma vez que a ausência destas, altera as decisões supostamente racionais e a emoção tende a ajudar a razão, apaziguando assuntos

pessoais e sociais que envolvam risco e conflito. Os argumentos mais poderosos e convincentes falam tanto ao coração quanto à mente.

Manifestações repentinas, ações impensadas, tais como insultar ou agredir alguém fisicamente, no calor duma discussão comum, são consideradas sequestros emocionais e acontecem “por ordem” da amígdala⁴, quando um sentimento impulsivo domina a razão e segundo (Goleman, 2010, pág. 37), “*A amígdala funciona como o armazém da memória emocional e sem ela a vida fica despojada de significados pessoais. (...)*”o que diz bem da identidade da emoção como elemento promotor da aprendizagem, quer consciente e dependendo das motivações da pessoa, quer inconsciente, e portanto com difícil acesso tanto para recuperar as imagens de traumas, como para elaborar diagnósticos e seleccionar tratamentos. Curiosamente, este autor ao ilustrar a essência da emoção e sua representação nas aprendizagens de vida, toca um ponto importante para os profissionais de saúde: é que “*Sem (as memórias emocionais, perçecionadas pela) amígdala, não há lágrimas nem dor para consolar.*”, o que deixaria de fora todas as variáveis de relação terapêutica, e portanto também toda a imensa e profunda configuração que os aspetos cuidadosos têm de afetivo e empático.

1.2 – ARROLANDO EMOÇÕES, SAÚDE E BEM-ESTAR

Parte-se da comprovação em outros estudos anteriores (Veiga-Branco, 2004a, b, 2005; Vilela, 2006; Agostinho, 2010) de que existe uma relação estatística positiva entre Competência Emocional/Inteligência Emocional/Competências Emocionais, e sentimento subjetivo de saúde e bem-estar. A literatura (Akerjordet & Severinsson, 2004) evidencia, claramente, a influência da IE no bem-estar do indivíduo, na sua saúde e na sua produtividade e resultados recentes da investigação apontam para a associação entre a IE e variáveis como a saúde mental, o stresse, a relação de ajuda, a definição de objetivos e metas, a gestão e a liderança, a resolução de problemas e o bem-estar emocional.

Estudos comprovam uma correlação significativa entre automotivação e a auto aceitação, propósito da vida e crescimento pessoal (Queiroz & Neri, 2005), ou seja, indivíduos automotivados para lidar com as agruras encontradas no caminho da vida,

⁴ Amígdalas são duas estruturas em forma de amêndoa, que estão localizadas uma de cada lado do cérebro, funcionando como uma espécie de alarme que desencadeia reações de proteção em caso de alguma emergência, recebendo a informação do perigo antes do neocórtex. Quando provoca reações por vezes desproporcionais, dizemos que aconteceu o "sequestro" da razão.

revelam elevado senso de crescimento pessoal, de propósito da vida e de domínio sobre o ambiente.

A ciência tem vindo a verificar que a grande maioria dos distúrbios de saúde são de origem psicossomática ou seja, deficiências imunológicas, alergias, infeções e principalmente, doenças psíquicas, e têm origem na forma como a mente processa as informações recebidas do meio ambiente envolvente. Contudo, está nas nossas mãos procurar uma estratégia para controlar as nossas emoções, evitando assim o aparecimento de doenças e melhorando a qualidade de vida.

1.3 – DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL À COMPETÊNCIA EMOCIONAL

O conceito aqui em estudo, a Competência Emocional, não foi criado espontaneamente, de raiz. Na verdade há um percurso cronológico e investigacional, que lhe foi dando contornos.

Tudo parece ter emergido de uma publicação que nos anos 90 do século passado, foi apresentada para expandir e de certo modo ampliar o conceito clássico de QI de Alfred Binet. De facto, terá sido no seu trabalho sobre inteligências múltiplas, que Gardner (1994, 1995a) tentou desfazer a hegemonia de uma única inteligência, reconhecendo a inerente pluralidade das faculdades mentais. No seu modelo teórico, apresenta a inteligência humana, em nove domínios, uma multiplicidade de inteligências:

- Inteligência Linguística – característica da espécie humana, com sensibilidade para a linguagem falada e escrita.
- Inteligência Lógico-Matemática – capacidade de usar os números de forma efetiva, desenvolvendo raciocínios dedutivos e avaliar relações abstratas.
- Inteligência Espacial – habilidade para perceber de maneira exata o mundo visual-espacial – cor, linha, forma, espaço e orientar uma matriz espacial bem como ser capaz de manipular pautas.
- Inteligência Musical – capacidade de interpretar, compor e apreciar pautas musicais e inclui a sensibilidade ao ritmo, ao tom, à melodia e ao timbre.
- Inteligência Corporal-Cinestésica – capacidade de usar o corpo de forma habilidosa e de diferentes formas para atingir os objetivos.
- Inteligência Interpessoal – capacidade de descentralização do sujeito para interagir com outros.

- Inteligência Intrapessoal – capacidade correlativa, voltada para dentro, de o sujeito se compreender a si mesmo.
- Naturalista – reconhecer e categorizar os objetos florais, a fauna e a flora, e usar esta capacidade de forma produtiva.
- Existencial – habilidade para formular perguntas fundamentais acerca da existência, da vida e da morte e de refletir sobre elas e ainda interessar-se por questões transcendentais.

Mas terá sido quando Gardner (1994, 1995a) introduziu a ideia de incluir os conceitos de inteligência intra e interpessoal que terá iniciado o processo que a outros autores serviu de inspiração. De facto, Gardner explicitou que a componente intrapessoal seria a capacidade de compreender a si mesmo e de apreciar os próprios sentimentos, medos e motivações e a componente interpessoal, a capacidade de compreender as intenções, motivações e desejos dos outros, combinando a matéria do contexto, que serviria de precursor do conceito que hoje conhecemos como inteligência emocional.

E a partir destas conceções, posteriormente, também nos anos 90, Salovey⁵ & Mayer⁶ (1990), partindo do conceito original das “inteligências intrapessoal e interpessoal” de Gardner (1994, 1995a), cunharam o primeiro termo “*Inteligência Emocional*”, que definiram como:

“a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções; a capacidade de aceder ou gerar sentimentos facilitadores do pensamento; a capacidade de compreender as emoções e o conhecimento emocional; e a capacidade de regular emoções para promover o crescimento emocional e intelectual”.

Ou seja, abarca os seguintes domínios: percepção e expressão de emoção, assimilação da emoção no pensamento, compreensão, análise e regulação da emoção.

Salovey (*apud* Goleman, 1995, 2010) redefine as inteligências pessoais de Gardner (1994, 1995a) distribuindo-as por cinco domínios principais:

1. Conhecer as nossas próprias emoções – autoconsciência.
2. Lidar com as emoções – gestão de emoções.
3. Motivarmo-nos a nós próprios – automotivação.
4. Reconhecer as emoções dos outros – empatia.
5. Capacidade de se relacionar – gerir relacionamentos.

⁵ Professor e Psicólogo da Universidade de Yale.

⁶ Professor e Psicólogo da Universidade de New Hampshire.

Posteriormente a IE ficou reconhecida como: “ (...) *habilidade para reconhecer o significado das emoções e suas inter-relações, assim como raciocinar e resolver problemas baseados nelas. A inteligência emocional está envolvida na capacidade de perceber emoções, assimilá-las com base nos sentimentos, avaliá-las e gerenciá-las* (...) ”(Mayer, Caruso & Salovey, 2000, p. 267).

Goleman (1995, 2010) transporta o Modelo para o senso comum, popularizando a expressão através do livro "Inteligência Emocional", onde a define como: "...*capacidade de identificar os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerir bem as emoções dentro de nós e nos nossos relacionamentos*", assumindo demonstrar que o Quociente de Inteligência (QI) elevado de uma pessoa não é garantia de sucesso e felicidade, contrariando o saber científico difundido até então. Segundo o mesmo autor, a Inteligência Emocional pode ser compreendida através de uma descrição resumida dos traços e características que são consideradas como as mais importantes na vida daqueles que são os melhores profissionais ou que exibem um desempenho elevado. Esses traços são característicos de dois tipos: os que dizem respeito à competência pessoal, que são o autoconhecimento e o autocontrole; e os que dizem respeito à competência social, que são a empatia e as aptidões interpessoais.

Então, considerando os domínios da IE, Goleman (1995) apresenta cinco áreas principais: conhecer as nossas próprias emoções, gerir emoções, motivarmo-nos a nós mesmos, reconhecer as emoções dos outros e gerir relacionamentos.

Bar-On (2006) refere que, desde Darwin (1859, 1873) até ao presente, a maioria das descrições, definições e conceptualizações da IE têm incluído um ou mais dos seguintes elementos chave:

- A habilidade para reconhecer, compreender e expressar emoções e sentimentos.
- A habilidade para compreender como os outros se sentem e estabelecer relação com eles.
- A habilidade para gerir e controlar emoções.
- A habilidade para gerir mudanças, de adaptar e resolver problemas de natureza pessoal e interpessoal.
- A habilidade de gerar afeto positivo e ser auto-motivado.

Da riqueza bibliográfica emergente nos anos 90, apresentando estudos inspirados pelos sucessivos e progressivos trabalhos na temática, que o conceito teórico de Inteligência

Emocional inspirou, emerge o construto de Competência Emocional (CE) (Saarni, 1999) aplicado à educação infantil.

Saarni (1999) critica a definição de IE de Salovey & Mayer (1990) por enfatizarem apenas as características da pessoa, e propõe um constructo de CE tendo em consideração os valores e as crenças duma pessoa no momento da experiência emocional, e cria a sua própria definição e construto, como adiante se verá.

Da Competência Emocional ...

Do ponto de vista da definição de termos, Competência, segundo McClelland & Burham (1997) é uma característica relacionada com desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação e distingue-a dos seguintes conceitos: aptidão (talento natural da pessoa, que pode ser aprimorado), habilidade (demonstração de um talento particular na prática) e conhecimento (o que as pessoas precisam saber para desempenhar uma tarefa).

Assim, a competência do indivíduo não se circunscreve a um conhecimento ou *know how* específico. Engloba um conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas pela aprendizagem e formação e pelo sistema de avaliações. É um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional.

Por sua vez, “*Competência Emocional*” (CE) é uma capacidade (já) adquirida, baseada na inteligência emocional, que resulta no desempenho destacado do trabalho e abrange duas aptidões: a empatia e a habilidade social.

Saarni (1999) na criação do seu conceito – emancipado já do de Inteligência Emocional defende esta competência a interação da pessoa com o meio ambiente, definindo-a como a “*demonstração da auto-eficácia em transacções sociais que produzem emoções.*” Expõe ainda as consequências positivas da CE na regulação emocional, no bem-estar subjetivo e na resiliência. Desmistifica de certa forma a complexidade da competência emocional, e fala da eficácia pessoal aplicada aos relacionamentos sociais, como sendo a capacidade de alcançar um resultado desejado, ou seja, fica implícito que as reações emocionais estão imbuídas de um significado social: “*a competência emocional é inseparável do contexto cultural*”.

Segundo Bisquerra (2002, 2009), a CE é um aspeto importante da cidadania ativa, responsável e efetiva e a sua aquisição e domínio favorece uma melhor adaptação ao

contexto social. Permite compreender, expressar e regular de uma forma apropriada os fenômenos emocionais, o que facilita os processos de aprendizagem, a solução de problemas, as relações interpessoais e a adaptação a diferentes contextos.

Veiga Branco (2004a, 2005) partindo do conceito de IE de Goleman (1995) chega ao conceito de CE, referindo que esta existe quando se atinge um nível desejado de realização sendo por isso pós-fato: “ *só pode ser apreciada simultaneamente ou após a exibição de comportamentos e ou atitudes, através da observação, ou através das memórias expressas, pelos sujeitos executores ou por observadores*” e destaca os cinco domínios ou capacidades que a compõem: conhecer as próprias emoções (Autoconsciência), gerir emoções (Gestão de Emoções), motivar-se a si mesmo (Automotivação), reconhecer as emoções dos outros (Empatia) e gerir relacionamentos (Gestão de Relacionamentos em Grupos).

Estudos apontam para uma combinação de traços de conhecimento, habilidades e genética (como inteligência geral) como o melhor indicador de competência individual. No entanto, uma nova pesquisa produziu evidência de que estas características podem ser menos importantes para o desempenho do trabalhador efetivo do que para o trabalhador inteligente emocionalmente (Abraham, *apud* Jaeger, 2003).

1.3.1 – Competência emocional – capacidades/variáveis de construto

O conceito aqui em estudo, que emergiu das publicações e conceitos de Salovey & Mayer (1990) e Goleman (2010), apresenta-se em cinco domínios principais:

1. Conhecer as nossas próprias emoções – **Autoconsciência** – compreender e identificar sentimentos, saber quando há uma mudança de sentimentos, compreender a diferença entre pensar, sentir e agir, e compreender que as suas ações têm consequências no que diz respeito aos sentimentos dos outros.
2. Gerir as emoções – **Gestão de Emoções** – o tratamento e a gestão de sentimentos difíceis como a raiva, a sua manipulação de forma construtiva e conseguir controlar impulsos.
3. Motivar-nos a nós mesmos – **Automotivação** – ser capaz de traçar objetivos, definir metas e preservar o otimismo e a esperança mediante contrariedades.
4. Reconhecer as emoções dos outros – **Empatia** – ser capaz de se colocar "no lugar do outro", tanto cognitiva como afetivamente, ser capaz de tomar a perspetiva do outro, demonstrando que se importa.

5. Gerir relacionamentos – **Gestão de Relacionamentos em Grupos** – fazer amigos e lidar com amizades prolongadas pelo tempo, resolver conflitos e cooperar.

As três primeiras são competências intrapessoais e as restantes interpessoais. Goleman (1995) considera que a **Autoconsciência**, reconhecimento de um sentimento quando ele ocorre, é a pedra basilar da IE e que *“a chave para tomar boas decisões pessoais é ouvir os sentimentos.”* Procura detalhar o autoconhecimento como sendo a capacidade das pessoas em identificar com clareza seus sentimentos e emoções e o autocontrole como sendo a necessidade de saber controlá-las.

A **Gestão de Emoções** diz respeito ao tratamento e à gestão de sentimentos difíceis. O objetivo é o equilíbrio, não a supressão das mesmas. Existem momentos em que as emoções destabilizam emocionalmente as pessoas, conseguir controlá-las é a chave para o bem-estar emocional.

A **Automotivação** está diretamente relacionada com a autoeficácia, ou seja, se as pessoas tiverem convicção de que dominam os acontecimentos da própria vida, maior será o potencial para atingirem os seus objetivos.

A **Empatia**, nasce da autoconsciência e é extremamente reveladora dos sentimentos do seu emissor. Ser empático é ter a capacidade de nos colocarmos no lugar dos outros, sabendo de um lado ler as suas emoções e de outro, transmiti-las silenciosamente.

A **Gestão de Relacionamentos em Grupos** requer a maturação de duas habilidades emocionais: o autocontrolo e a empatia.

Estas capacidades determinam o potencial de um indivíduo para aprender e desenvolver as habilidades práticas, seja num qualquer contexto ou numa qualquer profissão.

No Capítulo que se segue é feita uma retrospectiva da Fisioterapia e de tudo o que a compõe, bem como dos profissionais que a representam (população alvo deste estudo). É também definida e caracterizada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, organização que integra a população alvo – os Fisioterapeutas.

CAPÍTULO II – A FISIOTERAPIA E A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

“Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida.”

Confúcio

2.1 – PERSPETIVA HISTÓRICA DA FISIOTERAPIA

A Fisioterapia, ciência da reabilitação, é uma arte que já vem dos primórdios da civilização, quando o homem utilizava a exposição ao sol, as águas termais e as massagens, para aliviar e curar as suas mazelas, os seus “*achaques*”.

Para melhor compreensão da situação atual da categoria profissional dos Fisioterapeutas Portugueses, é fundamental uma breve perspetiva histórica⁷.

A referência mais antiga remonta a 1901⁸, tempo em que a Fisioterapia era desempenhada por outros profissionais, sendo incrementada no Hospital de S. João de Deus por Almeida de Sá, em 1951/52 e em 1960 surge a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), como representação e legitimação da própria profissão.

Um ano depois, pela Portaria nº 18523, surgiram os cursos para Auxiliares de Fisioterapia e Técnicos de Fisioterapia e em 1966⁹ é concedido, oficialmente, o título profissional de Fisioterapeuta aos diplomados pela Escola de Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Alcoitão).

Em 1985¹⁰ é criada a carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) e em 1993¹¹ a Fisioterapia é definida pela 1ª vez pelo Ministério da Saúde. Pela necessidade de existir um parceiro social que defenda os deveres e direitos da Carreira Profissional do Fisioterapeuta, em 1997 surge o primeiro Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses (SFP).

Finalmente, em 1999, pelo Dec. Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro, é estabelecido o estatuto legal do TDT, nomeadamente do Fisioterapeuta.

Há muito que a Fisioterapia é enquadrada como disciplina científica autónoma, e por isso está incluída na classificação internacional das profissões e é reconhecida na legislação portuguesa, onde no quadro legislativo atual os Fisioterapeutas são os únicos profissionais de saúde habilitados a prestar cuidados de Fisioterapia, podendo nessa qualidade ser considerados parceiros habilitados para o Estado.

De acordo com o Decreto-Lei nº 261/93 de 24 de Julho, a **Fisioterapia**: “*Centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura (...) promoção da saúde e prevenção da*

⁷ Baseada nos Arquivos de Fisioterapia, Volume 1, Nº2 de Setembro de 2006, consultar Anexo I – Resumo Da evolução da Fisioterapia em Portugal.

⁸ Diário do Governo nº 293 de 27/12/1901

⁹ Portaria nº 22034

¹⁰ D.L. nº 384B/85 de 30 de Setembro

¹¹ D. L. nº 261/93 de 24 de Julho

doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação (...) com o objectivo (...) a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.”

Internacionalmente houve novo reconhecimento para a Fisioterapia: a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), representante dos Fisioterapeutas a nível mundial, tornou-se membro da Organização Mundial de Profissões de Saúde (WHPA) - organização internacional que representa os profissionais de saúde. Incluem-se nesta organização exclusivamente os organismos mundiais para Enfermeiros, Médicos, Dentistas, Farmacêuticos e agora Fisioterapeutas. É uma profissão regulamentada¹² e estabelecida, com aspetos profissionais de exercício clínico e educação específicos, indicativos da diversidade de contextos sociais, económicos, culturais e políticos e constitui uma parte essencial na prestação de serviços no Sistema Nacional de Saúde. Atua em diferentes áreas com procedimentos, técnicas, metodologias e abordagens específicas que tem o objetivo de avaliar, tratar, minimizar problemas, prevenir e curar as mais variadas disfunções. Presta cuidados a indivíduos e populações de forma a desenvolver, manter e restituir o máximo movimento e capacidade funcional ao longo do ciclo de vida. Isto inclui a prestação de serviços em circunstâncias onde o movimento e a função estão comprometidos pelo envelhecimento, lesão, doença ou fatores ambientais. Preocupa-se na identificação e na maximização da qualidade de vida e potencial de movimento dentro das esferas da promoção, prevenção, intervenção/tratamento, habilitação e reabilitação, abrangendo o bem-estar físico, psicológico, emocional e social. Envolve a interação entre Fisioterapeutas, utentes/ clientes, outros profissionais de saúde, famílias, cuidadores e comunidades, num processo onde o potencial de movimento é avaliado e os objetivos são combinados, utilizando conhecimentos e competências clínicas únicas dos Fisioterapeutas.

2.2 – FISIOTERAPEUTA – ESSÊNCIA, RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS

Segundo a definição do Ensino dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica¹³: *“O Fisioterapeuta trata e/ou previne perturbações do funcionamento músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e neurológico (...) numa perspectiva bio-psico-social e máxima funcionalidade dos utentes.”*

¹² Ver Anexo I – Resumo Da Evolução da Fisioterapia em Portugal

¹³ Definição do C.F.A.P.- in “Ensino dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica”, Departamento de Recursos Humanos, Ministério da Saúde/89

Segundo o Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro:

- Atua em conformidade com a indicação clínica, pré diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação.
 - Cabe-lhe conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respectiva profissão.
 - Exerce as suas funções com plena responsabilidade profissional e autonomia técnica, sem prejuízo da intercomplementaridade ao nível das equipas em que se inserem.
 - Compete-lhe assegurar, através de métodos e técnicas apropriados, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do doente, procurando obter a participação esclarecida deste no seu processo de prevenção, cura, reabilitação ou reinserção social e também assegurar a gestão operacional da profissão no serviço em que está inserido.
- Desta forma, os **Fisioterapeutas** podem praticar independentemente de outros profissionais de saúde ou num contexto interdisciplinar, atuando na prevenção de diminuições, limitações funcionais e incapacidades e da promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e do público em geral, com o objetivo de restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizando a função e minimizando a incapacidade.¹⁴ São profissionais qualificados habilitados a: realizar uma avaliação completa do utente; formular um diagnóstico em Fisioterapia, plano de intervenção e prognóstico; implementar um programa de intervenção/ tratamento; determinar os resultados da intervenção/ tratamento; fazer reavaliações e recomendações de auto-tratamento. O seu extenso conhecimento acerca do corpo e das suas necessidades e potencial de movimento é fundamental na determinação de estratégias de diagnóstico e intervenção.

Os Fisioterapeutas regem-se pelos princípios éticos da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), segundo os princípios da WCPT e podem realizar o seu exercício clínico de forma independente dos outros profissionais de saúde ou integrados em equipas pluridisciplinares e interdisciplinares de reabilitação/ habilitação de forma a prevenir, ganhar, manter ou restaurar a função e a qualidade de vida.

Na situação atual, em que a legislação é muito clara sobre a sua autonomia, é também certo e visível que a sua atuação ultrapassa largamente o âmbito da Reabilitação.

¹⁴ In “Descrição de Fisioterapia”, Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT)

2.3 – RELAÇÃO DE AJUDA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Segundo Remen (1993):

“Um profissional de saúde (...) são pessoas diariamente expostas à dor, à doença e à morte (...) é como estar sentado na poltrona da primeira fila no teatro da vida (...) para adquirir um profundo conhecimento e maior compreensão da natureza humana”.

Os profissionais da área da saúde têm continuamente a grande tarefa de cuidar de alguém. “Cuidar” significa mais do que um ato, um gesto, é uma atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento com outrem, ou seja, não é apenas uma intervenção técnica, pressupõe uma relação sujeito-sujeito, interação e comunhão. O cuidado humano envolve o relacionamento de pelo menos dois seres e reflete duas dimensões: a afetiva e a técnica e de acordo com Boff (1999), ao abordar o seu papel enquanto profissional de saúde, este deve manter presente que estará sempre envolvido, no mínimo, numa relação bi-pessoal, dentro da qual, cada um tem a própria história de valores e aprendizagem, cada um terá as suas inteligências.

Estudos indicam que existe relação entre os aspetos emocionais e o processo de reabilitação e revelam a importância do vínculo fisioterapeuta – paciente (Andrade, Sanches, Lopes & Gonçalves, 2005). Para o estabelecimento de uma relação e de um vínculo terapêutico são fundamentais: a empatia¹⁵; a administração adequada de emoções, conflitos e frustrações e uma comunicação efetiva (com coerência na linguagem verbal e não verbal).

De acordo com Rogers (1974), o papel do terapeuta é aceder ao quadro interno da outra pessoa, ou seja, tentar ver através dos olhos da outra pessoa e perceber o mundo tal como lhe aparece.

Durante o processo de reabilitação, o Fisioterapeuta deve conseguir estabelecer uma relação empática, uma relação de ajuda. O seu papel activo enquanto pessoa, procura fazer com que o paciente se entregue, se sinta à vontade e contribua para a sua recuperação, através da partilha, da empatia e do compromisso mútuo em todo o processo terapêutico, colaborando com sincero interesse e duma forma voluntária. Mais do que pelos instrumentos ou técnicas que utiliza, o Fisioterapeuta define-se pelas atitudes que transporta para a relação. O interesse genuíno e a valorização da pessoa, a

¹⁵ A empatia é uma das cinco capacidades da IE. (Goleman, 2010) A compreensão empática designa um processo dinâmico que consiste na capacidade de conseguir “colocar-se no lugar do outro”, sendo sensível à mobilidade e significação das suas vivências. (Rogers, 1974)

confiança e o respeito, não são susceptíveis de serem reduzidos a fórmulas aplicáveis de forma impessoal e mecânica. A autenticidade é fundamental numa relação que é sobretudo humana.

2.4 – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

De acordo com o Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto – Lei Nº 101/2006 de 6 de Junho), publicado pela Segurança Social, dia 27 de Dezembro de 2011, Cuidados Continuados Integrados são: “ (...) conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social (...) que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar”.

A RNCCI é, no seu todo, “um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam (ou virão a prestar) cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias.” (Instituto da Segurança Social, 2011)

2.4.1 – Enquadramento e caracterização da RNCCI

Nas sociedades contemporâneas desenvolvidas, o envelhecimento constitui uma questão cada vez mais central, assumindo consequências e implicações em todas as dimensões da vida social.

Embora existam casos muito diferenciados, com o avançar da idade tende a aumentar o grau de dependência, e a perda progressiva de autonomia e a diminuição das capacidades físicas e cognitivas são um dado adquirido. A RNCCI, novo modelo organizacional, surge como medida a essa carência, pelo Decreto – Lei Nº 101/2006 de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios do trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Pressupõe a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, que faça face às necessidades das pessoas com dependência funcional¹⁶, dos doentes com patologia crónica múltipla e das pessoas em fase final de vida sendo formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio

¹⁶ A situação de dependência funcional remete para a valorização dos cuidados prestados pelos Fisioterapeutas, enquadrando-se na sua área de atuação, enquanto profissionais de saúde na RNCCI.

social, promovendo a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

Tendo em conta as novas necessidades de saúde e sociais, o âmbito de intervenção da RNCCI fundamenta-se no princípio dos **3 R's** – **Reabilitação**, **Readaptação**, **Reinserção** e apresenta como principais objetivos:

- Investir em cuidados de longa duração, distribuídos por todo o país.
- Qualificar e humanizar a prestação dos cuidados de saúde.
- Desenvolver ações próximas das pessoas dependentes.
- Potenciar os recursos locais e adequar as respostas às necessidades individuais.

As unidades e equipas de cuidados obedecem a uma tipologia de serviços cujo modelo de intervenção responde à pessoa em situação de dependência, permitindo melhorar o acesso à prestação dos cuidados de saúde e/ou de apoio social.

A organização dos serviços e a prestação dos cuidados que nela se perfila exigem a interação e a cooperação de profissionais de distintas disciplinas e sectores, devidamente preparados e vocacionados para uma compreensão global do utente, que lhes permita, em simultâneo: um desempenho competente, sob o ponto de vista técnico e de atitude compreensiva e respeitadora das particularidades bio-psico-socio-culturais e espirituais de cada utente e a construção de uma linguagem comum, facilitadora da comunicação em equipa multidisciplinar e do trabalho interdisciplinar.

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

São apropriados para aqueles que se encontrem nas seguintes condições:

- Dependência funcional prolongada.
- Dependência funcional temporária (por doença ou cirurgia, p. e).
- Incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social.
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.
- Idosos com critérios de fragilidade (doença e dependência).

Podem aceder a estes cuidados, se estiverem internados num Hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), contactando o serviço onde está internado ou a Equipa de Gestão de Altas (EGA), e também se estiverem em casa, num hospital privado ou noutras instituições ou estabelecimentos, contactando um médico, enfermeiro ou assistente social do centro de Saúde da área de residência. Depois de assinalada a

situação, a Equipa Coordenadora Local (ECL) da mesma área, analisa a proposta de admissão. Se necessitar de ser internado, será encaminhado para uma unidade de internamento que satisfaça as suas necessidades e que se adeque à sua condição. Se não precisar de internamento, será encaminhado para uma unidade de ambulatório ou para os cuidados continuados domiciliários.

A prestação de cuidados continuados da RNCCI cessa, quando a pessoa tem alta da unidade ou já não necessita do apoio das equipas domiciliárias.

As necessidades das pessoas idosas ou em situação de dependência são multidimensionais e consequentemente, os cuidados prestados terão de resultar de uma abordagem integral das suas necessidades. Nesse sentido, e de acordo com o Decreto – Lei Nº 101/2006 de 6 de Junho, a RNCCI tem como princípios, a multidisciplinaridade¹⁷ e a interdisciplinaridade¹⁸, em que os cuidados são prestados por equipas compostas por diversos profissionais¹⁹, de várias disciplinas do saber e que permitem assegurar a prestação de diversos cuidados e atividades, em função da avaliação individual e integral das necessidades de cada utente e tendo como objetivo a reabilitação, readaptação e reinserção familiar.

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada através de 4 tipos de resposta:

- Unidades de internamento²⁰ (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos).
- Unidades de ambulatório (Unidades de Dia e Promoção de Autonomia).
- Equipas hospitalares (Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas de Gestão de Altas).
- Equipas domiciliárias (Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Integrados e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos).

¹⁷ A multidisciplinaridade diz respeito à complementaridade de atuação entre as diferentes especialidades profissionais.

¹⁸ Interdisciplinaridade é a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre profissionais da equipa de prestação de cuidados.

¹⁹ Cuidados médicos e de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e serviço social, cuidados de higiene, conforto e alimentação, atividades de manutenção e de estimulação, animação sociocultural e apoio nas AVD's.

²⁰ O presente trabalho está diretamente relacionado com estas Unidades de Internamento.

2.4.2 – Tipologia das unidades de internamento²¹

Nos Cuidados Continuados Integrados o objetivo é ajudar as pessoas a manter ou a recuperar a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida. Nessa perspetiva, para dar apoio sempre que o internamento seja a solução, existem as Unidades de Internamento.

De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009) e o Instituto da Segurança Social (2011), as Unidades de Internamento podem ser:

- a) Unidade de Convalescença.
- b) Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR).
- c) Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM).
- d) Unidade de Cuidados Paliativos.

A **Unidade de Convalescença** tem por finalidade a estabilização clínica e funcional sendo indicada para pessoas com elevado potencial de reabilitação, que estiveram internadas num hospital por episódio de doença súbita ou por agravamento de doença crónica, que já não requeiram cuidados hospitalares mas que precisem ainda de cuidados de saúde que não possam ser prestados no domicílio, até um período de 30 dias. Assegura cuidados médicos e de enfermagem permanentes; exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos; prescrição e administração de medicamentos; cuidados de fisioterapia; apoio psicológico e social; higiene, alimentação e conforto e convívio e lazer.

A **UMDR** visa responder a necessidades transitórias e acolhe pessoas que por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, perderam a sua autonomia numa forma temporária mas que podem recuperá-la e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social e reabilitação que, pela sua duração ou frequência, não podem ser prestados no domicílio, num período entre 30 a 90 dias seguidos. Assegura cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes; cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional; prescrição e administração de medicamentos; apoio psicológico e social; higiene, alimentação e conforto e convívio e lazer.

Quanto à **ULDM**, tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o *status* da saúde e

²¹ Torna-se importante definir e caracterizar cada uma das Unidades de Internamento existentes na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, uma vez que são o local de trabalho da população alvo deste estudo.

visam dar resposta, por um período superior a 90 dias, a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições no domicílio ou na instituição onde residem. Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. Assegura cuidados médicos; cuidados de enfermagem permanentes; prescrição e administração de fármacos; controlo fisiátrico periódico; cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional; apoio psicológico e social; atividades de manutenção e estimulação; higiene, alimentação e conforto; animação sociocultural e apoio no desempenho das atividades da vida diária (AVD's). A ULDM pode ainda ter internamentos com um máximo de 90 dias/ano para descanso do cuidador principal.

A **Unidade de Cuidados Paliativos** destina-se a doentes em situação clínica complexa devido a doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal. Não tem período limite de internamento. Assegura cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; prescrição e administração de medicamentos; cuidados de fisioterapia; exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos; consulta, acompanhamento e avaliação dos doentes internados noutras unidades ou serviços; acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual; atividades de manutenção; higiene, alimentação e conforto e convívio e lazer.

Os recursos humanos que poderão estar presentes nas quatro tipologias de internamento da RNCCI são: médico (incluindo fisiatra), enfermeiro, fisioterapeuta, dietista/nutricionista, terapeuta ocupacional e terapeuta da fala, psicólogo clínico, assistente social, animador sociocultural, auxiliares de ação médica e ajudantes de ação direta.

Em função das várias tipologias de utentes passíveis de serem admitidos na RNCCI e finalidades de cada tipologia de cuidados da mesma, foram definidas equipas de profissionais diferenciadas em função das especificidades de cada tipologia de cuidados sendo que a característica transversal a todas as tipologias de cuidados é a existência de profissionais do sector da saúde e do sector social.

2.4.3 – O papel do Fisioterapeuta²² na RNCCI

A criação da RNCCI tem enfatizado o reconhecimento interventivo de alguns profissionais de saúde, como é o caso dos Fisioterapeutas, cujas principais linhas de intervenção se encontram em sintonia com a sua filosofia:

- Promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e do público em geral.
- Prevenção das limitações funcionais e incapacidades em indivíduos em risco de perda de capacidades motoras, devidos a fatores relacionados com saúde, socioeconómicos ou de estilo de vida.
- Intervenção, com a finalidade de restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizando a recuperação da função e minimizando a incapacidade.

É assim relevante assumir a Fisioterapia como parte integrante essencial dos sistemas de saúde e dar a conhecer a situação atual e as competências do Fisioterapeuta, enquanto elemento indispensável das equipas prestadoras de cuidados de saúde continuados.

No que diz respeito à legislação, esta determina que o Fisioterapeuta integre a equipa de todas as Unidades de Internamento incluídas neste estudo, sendo facultativa a necessidade da sua presença nas Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia, na Equipa de Gestão de Altas e na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. Como membro de uma determinada equipa dentro de qualquer das Unidades de Internamento, definidas e caracterizadas anteriormente, o Fisioterapeuta é obrigado por lei a contribuir para a constituição de um processo individual do utente, do qual devem constar: o registo de admissão, informações de alta, diagnóstico das necessidades, plano individual de intervenção, registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção.

A Fisioterapia no contexto dos cuidados continuados tem como objetivo atingir/manter um nível de funcionalidade adequado a cada indivíduo, minimizando a percentagem de dependência através de um plano de intervenção planeado com o utente. O

²² Em 2009 e aquando das alterações legislativas e dos modelos implementados no que diz respeito à área dos Cuidados Continuados, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) decidiu realizar um documento de reflexão para servir de guia e apoio aos Fisioterapeutas/estudantes de Fisioterapia que intervêm (ou que venham a intervir) nos cuidados continuados, com o único objetivo de dar a conhecer a situação atual e as competências do Fisioterapeuta, enquanto elemento indispensável das equipas prestadoras de cuidados de saúde continuados. É esse documento que serve de plataforma e enriquece o desenvolvimento que se segue.

Fisioterapeuta encontra na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF²³) um importante quadro de referência para avaliar e intervir.

A intervenção centrada no utente deve ser pautada pelo controlo dos sintomas, pela capacidade de realizar AVD's, pelo desempenho para o exercício e pela melhoria da qualidade de vida.

Nas **Unidades de Convalescença**, o Fisioterapeuta direciona a sua intervenção para utentes com défices nas condições músculo esqueléticas, neuromusculares ou cardiorrespiratórias, com os seguintes objetivos:

- Melhoria do movimento articular e da função em situação pós cirúrgica, fratura, ou outras condições ortopédicas.
- Alívio da dor de origem músculo-esquelética.
- Reeducação da marcha, do equilíbrio.
- Melhoria da mobilidade e redução do risco de quedas.
- Estabilização da função respiratória.
- Promoção das AVD's.
- Providenciar ajudas técnicas.
- Trabalhar em equipa bem como com os familiares e cuidadores de forma a planear uma alta segura e no momento próprio.

Dentro das **UMDR**, além dos objetivos supracitados, a igualdade de oportunidades e a inclusão social deverão ser a chave da estratégia do Fisioterapeuta, tendo como ponto de partida, o conceito de Reabilitação Baseada na Comunidade ²⁴(RBC) que compreende a descentralização da responsabilidade e dos recursos humanos e financeiros.

No que diz respeito às **ULDM**, o Fisioterapeuta desempenha um papel importante na gestão da doença crónica e da incapacidade e procura:

- Otimizar a capacidade funcional, diminuindo as readmissões hospitalares.
- Facilitar a autonomia e a qualidade de vida, através de estratégias de intervenção individualizadas e adequadas a cada um dos utentes.

²³Desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003, com a parceria da Direcção-Geral da Saúde (DGS), a CIF tem como objetivo geral, proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde.

²⁴ A RBC tem como fator-chave a melhoria da capacidade e das competências dos indivíduos, através de estratégias que facilitem o envolvimento e o retorno à comunidade. Providencia-se que esta assuma iniciativas de integração e a responsabilidade de integrar as pessoas com deficiência, mobilizando os seus próprios recursos e garantindo a igualdade de oportunidades de acesso aos recursos locais e à vida social económica e política.

Nas **Unidades de Cuidados Paliativos**, o Fisioterapeuta ajuda a melhorar a qualidade de vida, aliviando sintomas comuns nas doenças do foro oncológico e nas doenças crónicas incapacitantes (fraqueza muscular, rigidez, linfedema, fadiga, insuficiência respiratória e dor) e promovendo a sensação de bem-estar:

- Fisioterapia Respiratória (facilita o controlo respiratório e previne infeções) e Ventilação não invasiva (nos casos de insuficiência respiratória grave).
- Aconselhamento sobre posicionamentos e alívio dos pontos de pressão.
- Relaxamento.
- Apoio e tratamento paliativo, em fase terminal.

Em suma, em qualquer uma das diferentes Unidades de Internamento, o Fisioterapeuta intervém com o objetivo de contribuir para o bem-estar e para a qualidade de vida do utente. Essa intervenção é direcionada para a prevenção, aconselhamento e orientação e educação para a saúde, tendo em vista as expectativas e a obtenção dos melhores resultados.

No próximo Capítulo conceptualiza-se o objeto de estudo – Fisioterapeuta emocionalmente competente – e define-se a Educação Emocional, esmiuçando a sua pertinência e importância.

CAPITULO III – O FISIOTERAPEUTA E A EDUCAÇÃO EMOCIONAL

“Tente mover o mundo, o primeiro passo será mover-se a si mesmo.”

Platão

3.1 – PARA UM FISIOTERAPEUTA EMOCIONALMENTE COMPETENTE

Vivemos num mundo onde as pessoas e as instituições precisam de uma constante adaptação à mudança. O trabalhador merece destaque, uma vez que passa a ser visto como um colaborador da empresa e deixa de ser um simples funcionário ou apêndice das máquinas. É preciso ter em conta que os principais responsáveis pelo sucesso ou fracasso de uma empresa são as pessoas que nela trabalham e estas, como tantas outras, convivem com emoções e sentimentos, que podem até ser exacerbados mediante algumas situações. Por entender a inerência das emoções na natureza humana, não se pode conceber a destituição do afeto nas relações de trabalho, aliás, o comportamento em contexto laboral é afetado duma forma direta pelo estado emocional e interfere nos respetivos relacionamentos: entre colegas de trabalho e/ou Profissional – Utente (Seymour & Shervington, 2001).

Estudos reconhecem a interligação entre inteligência emocional, satisfação e desempenho no trabalho e comprometimento organizacional (Abraham, 1999, 2000) e corroboram que a IE pode ajudar nas relações dentro e fora das organizações (Bar-On, 2002; Mayer *et al.* 2000), a todos os níveis das hierarquias.

Tal como refere Goleman (2010, pág. 53) “ (...) *a inteligência académica tem muito pouco a ver com a vida emocional*”, facto sensível mas comprovável, quando tomamos consciência do quão mais difícil resulta gerir as relações afetivas do que as profissionais. Apesar das competências técnicas serem importantes para o desenvolvimento profissional, as empresas contemporâneas reconhecem a necessidade de outro tipo de competências, nomeadamente na área sócio emocional, onde se aceita que a produtividade dependa de trabalhadores emocionalmente competentes (Bisquerra, 2002). Fica comprovada a importância da gestão emocional no âmbito das organizações.

Souza (1997) afirma que o profissional de saúde lida com o corpo do homem, tanto nos aspetos físicos como nos cognitivos e emocionais, ou seja, pressupõe-se que o profissional de saúde considere não só o corpo biológico, mas todo o ser na sua componente biopsicossocial.

No sentido de dar a entender a atual dinâmica e credibilidade assumida relativamente às Competências Emocionais, serão usadas as expressões de autores cujos estudos e publicações referem o tema. Por exemplo, no que diz respeito aos prestadores de cuidados, apresenta-se a perspetiva de Mercadier (2004), que enfatiza o controlo das

emoções como uma obrigação implícita, que consequentemente se revela numa relação terapêutica neutra e fria, o que, de todo, não permitirá estabelecer uma relação empática e de confiança, entre o prestador de cuidados e o utente. Ao profissional da área da saúde não basta desenvolver uma competência académica e técnica, necessita de aprimorar continuamente as suas inteligências intra e interpessoal de forma a garantir a formação de um vínculo, composto por um sentimento de acolhimento e um clima de respeito, que propicie ao utente, recursos que ajudem na superação das suas dificuldades (Carvalho da Veiga & Miranda, 2006).

A CE não tem implicações apenas na vida pessoal mas também no exercício de uma profissão e nas profissões ligadas à área da saúde, que pressupõem o cuidar e o contacto direto aos utentes, é fundamental a valorização da inteligência intrapessoal. O SNS e as Instituições que disponibilizam cuidados de saúde não são exceção, melhor, devem ser um exemplo a seguir como regra e como futuro. Neste contexto, a CE é uma mais-valia também para estabelecer um vínculo Fisioterapeuta-Utente, favorecendo a criação duma relação empática, de ajuda, de confiança, pois a confiança não se dá nem se toma emprestada, conquista-se! E quanto mais fizerem com CE, mais aprendem a fazer e melhor.

Duma forma simples e clara, e segundo perspetiva pessoal, exercer a profissão de Fisioterapeuta não é só aplicar técnicas, ser Fisioterapeuta requer habilidade manual, sensibilidade tátil, paciência, determinação para ajudar e gosto pela leitura, pela necessidade de se manter devidamente atualizado. Enquanto Fisioterapeutas, a intimidade e a privacidade dos utentes é invadida duma forma direta, o corpo é tocado, palpado...exige respeito e sobretudo que exista a tal confiança.

Ainda nos tempos que correm, constata-se que o Curso Superior de Fisioterapia que forma os Fisioterapeutas em Portugal, é voltado grandemente para a prática propriamente dita, ou seja, para os aspetos físicos que envolvem as lesões e o respetivo tratamento. Pese embora seja referido inúmeras vezes o conceito de tratamento do utente como um todo, na sua componente bio-psico-social, não existe uma unidade curricular dedicada à questão emocional, quer diga respeito à interpretação das emoções no utente, quer diga respeito à gestão das próprias emoções enquanto pessoa e enquanto Fisioterapeuta em contexto laboral.

É desejável que um bom Fisioterapeuta possua determinadas características, capacidades, que de entre as quais se destacam: capacidade de observação, de comunicação e de decisão; iniciativa e criatividade e equilíbrio emocional. Por razões diversas os Fisioterapeutas são cada vez mais pressionados a demonstrar efetividade na sua intervenção. Por um lado, os utentes têm mais expectativas e maior conhecimento sobre uma possível intervenção, questionando os profissionais sobre efeitos e resultados esperados. Por outro lado a gestão/administração dos serviços e unidades é submetida a uma pressão crescente para demonstrar uma relação positiva entre o custo e o benefício. Esta pressão tem sido expressada em ocasiões diversas, demonstrando incómodo com o raciocínio que parece presidir a quem decide – sobrevalorização do custo em detrimento da qualidade.

Goleman (1995, 2010) traz um elemento que permite entender melhor a relevância do bom relacionamento entre as pessoas de uma organização. Segundo o próprio, a inteligência emocional (e não a inteligência académica – QI) constitui o principal elemento da inteligência de grupo. O fator principal que favorece um alto QI de grupo é a harmonia. Esta fará com que a equipa seja talentosa, produtiva e bem-sucedida, de forma que cada membro poderá ter o seu talento e a sua criatividade aproveitados para o alcance do resultado final.

As emoções têm um papel preponderante na humanização dos cuidados (Arruda, 2010) e as inteligências intrapessoal e interpessoal são extremamente importantes no exercício das atividades dos profissionais de saúde para o atendimento dos utentes, garantindo o vínculo na relação utente – profissional e promovendo um acolhimento e um atendimento respeitoso, afetivo e efetivo (Carvalho da Veiga & Miranda, 2006).

Certamente que todas as pessoas têm os seus maus momentos e citando uma célebre frase de Júlio Verne²⁵: *“Deus ter-nos-ia posto água nas veias em vez de sangue, se nos quisesse sempre imperturbáveis”*. A diferença reside em saber gerir esses maus momentos de forma a não permitir que influenciem a prestação enquanto profissionais de saúde, perante os utentes.

A garantia do sucesso pessoal e profissional encontrar-se-á espelhada naqueles que melhor preparados estejam para este turbilhão de emoções.

²⁵ Em francês, Jules Verne (1828 – 1905), foi um escritor considerado precursor do gênero de ficção científica.

3.2 – A EDUCAÇÃO EMOCIONAL – PERTINÊNCIA E APLICAÇÃO

“Algumas pessoas batem as portas. Com força. Gritam. Esbracejam. Andam pra trás e para a frente. Arregalam os olhos. Sentem as veias a latejar no pescoço. Espetam o dedo indicador no ar, à frente do nariz de quem as ouve. Outras choram. Fazem uma fita. Ficam com falta de ar, num estado aflitivo. Correm para o quarto, fecham-se na casa de banho ou atiram-se para o sofá. São melodramáticas e dizem que desmaiam.”

Paulo Farinha, 2011²⁶

Tal como em muitos domínios da vida, não somos dotados de informação a respeito do nosso próprio mundo e desenvolvimento emocional. Somos praticamente analfabetos nos alfabetos e gramáticas das nossas emoções. Na escola nunca aprendemos o que são as emoções, como funcionam, como nos influenciam nas relações com outrem e apesar de tudo, de alguma forma conseguimos adaptar-nos a essa agnosia.

Desde a infância somos pressionados a não revelar e demonstrar as nossas emoções. Crescemos aprendendo a viver sem tomar em conta o nosso ser emocional. Quantas vezes ouvimos *“Um homem não chora!”*; *“Olha que menina tão feia, a chorar!”*. Segundo Steiner & Perry (2000, pág. 35), trata-se de um ciclo vicioso, ou seja: *“Não podemos falar dos nossos sentimentos, não os compreendemos e ainda menos compreendemos os sentimentos dos outros.”*

Um simples elogio, se for pronunciado com uma dose exagerada de emoção, pode ser interpretado como uma ironia ou mesmo como uma ofensa.

Seymour & Shervington (2001) alertam que há que ter cuidado quando as discussões aquecem, isto porque a comunicação fica dificultada pelo tom de voz que se eleva e pela falta de paciência. É neste tipo de situações que é bem-vindo o conhecimento do uso da Inteligência Emocional, dando suporte às formas de reação: parar para pensar, refletir e esperar para responder, aprender a usar o tempo a favor do autocontrole.

Aumentar esse controle significa, na prática, aumentar a inteligência, aquela que é chamada de inteligência emocional.

Citando Thomas Jefferson²⁷ (1743 – 1826) num dos seus discursos, *“Se ficar zangado, conte até dez antes de dizer qualquer coisa. Se não estiver mais calmo, conte até cem. E se ainda assim não estiver mais calmo, conte até mil.”*

²⁶ In Notícias Magazine, Setembro de 2011

²⁷ Thomas Jefferson foi o 3º Presidente dos Estados Unidos (1801-1809) e o principal autor da Declaração de Independência em 1776.

Bisquerra (2000, 2002) define a Educação Emocional como um processo educativo, contínuo e permanente cujo objetivo é o desenvolvimento das competências emocionais aumentando o bem-estar pessoal e social e propõe o desenvolvimento de competências emocionais capacitando as pessoas para enfrentarem os desafios e as agruras que vão surgindo na vida. É uma ferramenta de trabalho em torno dos afetos, contínua e transversal e uma forma mais eficaz de restabelecer o contacto com os nossos sentimentos.

Com a Educação Emocional conseguimos discernir no exato momento em que sentimos determinada emoção, se convém ou não expressá-la e atuar sobre os efeitos dessa emoção, assumindo o seu domínio, ou pelo contrário deixar que ela domine. Segundo Steiner (1998), aqueles que se tornam emocionalmente educados entendem que as emoções podem torná-los mais poderosos.

Urge adequar a formação profissional e romper com as concepções tradicionais que não privilegiam a autonomia e a responsabilidade profissional e dar a mão à Educação Emocional. Torna-se essencial aprender a conhecer, a ser, a fazer e a conviver (Arruda & Arruda, 2010).

Na saúde está em jogo a compreensão do outro, tendo como ponto de partida as suas intenções, os seus domínios, as suas emoções.

Quando uma pessoa consegue olhar para dentro de si, reconhece as suas emoções e lida com elas duma forma saudável, quando sabe contornar os fatores motivadores de stresse, quando descobre como tomar as rédeas do seu eu, do seu corpo e governar o seu desempenho competentemente, aí admite-se atingir um bem-estar e viver em plenitude. Porque é que profissionais com grandes médias no seu percurso académico e muito conhecedores tecnicamente, não são profissionais brilhantes na realidade? Segundo Steiner & Perry (2000, p. 15): “*Literacia Emocional*” consiste em aprender a compreender as emoções, a geri-las e controlá-las de forma a “ (...) *tornar possível que cada conversa que tivermos, cada contacto humano, cada parceria, (...) resulte sempre na maior retribuição possível para todos*”, aumentando a possibilidade de criarmos relações efetivas com as pessoas com quem nos cruzamos na vida.

Para sermos pessoas emocionalmente educadas temos que reunir três capacidades-chave: a capacidade de compreender as nossas emoções, de escutar os outros e sentir empatia pelas suas emoções e a capacidade de expressar as emoções de um modo produtivo. Em suma, é um instrumento para o desenvolvimento da própria Inteligência Emocional.

É preciso capacitar emocionalmente as pessoas que trabalham nas organizações, pois além de melhorar a qualidade das relações, a educação emocional evita desgastes biológicos, evitando o aparecimento de doenças psicossomáticas.

Assim, a educação socio-emocional toma a forma de prevenção primária para uma conduta anti-social, tentando minimizar a vulnerabilidade às disfunções. O ideal seria iniciar a educação emocional na infância e lapidá-la no contexto social em que o indivíduo se insere, de forma a este estar preparado para futuramente lidar com as adversidades da vida, tanto pessoal quanto profissional.

A educação das emoções destaca-se como uma nova tendência a incluir na educação (Arruda & Arruda, 2010).

O presente estudo pretende, não só no decorrer da recolha dos dados, mas fundamentalmente com a partilha dos resultados, transformar-se num instrumento relevante para a valorização do processo de formação dos futuros profissionais de Fisioterapia, com reflexos na melhoria dos cuidados e consequentemente na otimização dos recursos humanos em torno de uma maior humanização do cuidar do utente, permitindo uma maior homogeneidade de perceções e maximizando estas no sentido de formar profissionais emocionalmente inteligentes.

Estudos (Figueira & Carvalho, 2011) reconhecem não só a importância das competências emocionais, como a importância de serem adquiridos conhecimentos nesta área para tornar mais harmonioso e tranquilo o quotidiano dos profissionais de saúde e poderem auto tranquilizar-se quando os conflitos – sempre inevitáveis – emergirem de surpresa.

Este apelo à Educação Emocional não é recente. Já no início do século, Steiner & Perry (2000) consideraram a este propósito que haveria Os Dez Mandamentos da Educação Emocional, e que segundo os quais haveria regras essenciais, tais como:

- “1. Não farás jogos de poder. Pede o que queres até o conseguir.*
- 2. Não permitirás que os outros te manipulem. Não faças nada que não queiras fazer de tua livre vontade.*
- 3. Não mentirás nem por omissão, nem por delegação. Exceto quando a tua segurança ou a segurança dos outros estiver em jogo, evita sempre mentir.*
- 4. Defenderás os teus sentimentos e as tuas vontades. Se o não fizeres, ninguém o fará por ti.*

5. *Respeitarás os sentimentos e os desejos dos outros. Isso não significa que tenhas de te submeter a eles.*
6. *Procurarás o valor nas ideias dos outros. Há mais do que uma maneira de ver as coisas.*
7. *Pedirás desculpa e farás reparações pelos teus erros. Não há nada que te faça crescer tão depressa.*
8. *Perdoarás os erros do teu próximo. Faz aos outros aquilo o que gostavas que fizessem a ti.*
9. *Não aceitarás falsas desculpas. Ainda valem menos do que não pedir desculpa.*
10. *Cumprirás estes mandamentos de acordo com o teu melhor julgamento. É que, apesar de tudo, eles não foram escritos na pedra.”*

Assumir mais compromissos a cada dia que passa e somar responsabilidades, estar sujeito a mudanças constantes e sob pressão do tempo, urge a necessidade de pessoas polivalentes, com espírito prático, flexíveis, criativos, capazes e hábeis para resolver conflitos.

Desta forma, é fundamental que o Fisioterapeuta seja capaz de perceber as suas emoções no instante em que acontecem e depois desaparecem, otimizando a eficácia das suas escolhas e das suas opções e a pertinência das suas atitudes face aos outros (utentes ou profissionais) e face às situações em contexto laboral – quer seja na resolução de conflitos entre colegas, quer seja na motivação dos utentes para o tratamento – pelo que as competências que lhe são exigidas ultrapassam a cientificidade e a técnica, abraçando também as próprias competências emocionais (Figueira & Carvalho, 2011).

Os percursos formativos foram delineados para reconhecer o contributo pessoal e interpessoal desta competência, ao nível do desenvolvimento da relação terapêutica entre o utente e os técnicos que com ele interagem; do desenvolvimento e equilíbrio das relações com os seus pares, ao nível da Equipa de Trabalho; do potencial de melhoria da qualidade de cuidados prestados, bem como o processo de descoberta da Educação Emocional.

Para uma Consciência de Seleção Metodológica...

Tendo como base tudo o anteriormente exposto, apresenta-se aqui um conjunto de Questões à Investigação empírica:

1. Será que os resultados destes Fisioterapeutas indicarão níveis de frequências temporais de atitudes e comportamentos, que indiquem um perfil de Competência Emocional?
2. Será que os comportamentos e atitudes que configuram o perfil de Competência Emocional dos Fisioterapeutas das UI da RNCCI correspondem – em significado e sentido - ao anteriormente exposto, a partir dos autores como Goleman (1995) ou Veiga-Branco (2005, 2007)?
3. Será que os comportamentos e atitudes que emergem com maior frequência temporal, se agrupam em 5 capacidades como variáveis dependentes dessas atitudes – tal como o construto teórico – e se constituem como variáveis independentes da variável dependente em estudo, a Competência Emocional?
4. Será que as 5 capacidades apresentam qualquer correlação estatisticamente significativa com a variável dependente Competência Emocional?
5. Será que os valores de correlação entre as 5 capacidades e a variável dependente Competência Emocional, podem representar valores de atribuição de variáveis preditivas para esta variável dependente? Se assim acontecer quais serão de entre as cinco capacidades as mais e menos preditivas da Competência Emocional dos Fisioterapeutas?

Com a finalidade de dar consecução à resolução das questões de Investigação aqui apresentadas, e também com o objetivo explicar toda a operacionalização a ser desenvolvida para o efeito, será apresentado agora o caminho metodológico deste trabalho empírico. Assim, na 2ª parte deste trabalho, o Capítulo I expõe a Metodologia utilizada para obter os resultados que poderão servir de base às respostas a estas Questões.

PARTE II

***RATIONALE* METODOLÓGICO**

CAPITULO I – PROCEDIMENTOS

“Preciso despir-me do que aprendi. Desencaixotar minhas emoções verdadeiras. Desembrulhar-me e ser eu! Uma aprendizagem de desaprendizagem...”

Alberto Caeiro

1.1 – TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um Diagnóstico de Situação para um Projeto de Intervenção na Comunidade dos Fisioterapeutas a exercer funções nas diferentes Tipologias de Unidades de Internamento da RNCCI (Convalescença, Média duração e Reabilitação, Longa duração e Manutenção e Cuidados Paliativos).

Com a intenção de contribuir para a realização de uma pesquisa mais ampla e completa, será um estudo quantitativo, de carácter exploratório e analítico.

Quantitativo, segundo Ribeiro (2010, p. 79), “[...] *por se expressar através de números (ou seja por entidades abstractas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo)*”.

Descritivo, porque tal como referem Cervo e Bervian (1996, p. 49-50) “ [...] *observa, e analisa fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los*”, e “ [...] *trata do estudo e da descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisa.*” Este tipo de pesquisa descreve e interpreta a realidade de fenómenos atuais, ou seja, descreve o que é.

Exploratório, porque também segundo Cervo e Bervian (1996, p. 49), “ [...] *é normalmente, o passo inicial no processo de pesquisa pela experiência [...] realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma.*” Este tipo de estudo é muito útil quando os conhecimentos acerca do problema a ser estudado são escassos, facto verificado neste trabalho de investigação, que será pioneiro na população dos Fisioterapeutas em Portugal.

1.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Ao realizar uma pesquisa, um trabalho de investigação, torna-se necessário obter o máximo de informação, sobre o tema e principalmente sobre o grupo que vai ser estudado. Quando o grupo estudado é muito grande ou numeroso, é difícil conseguir fazer um levantamento do todo, investigando-se apenas uma parte dos elementos constituintes do universo.

Para Quivy e Campenhoudt (1992, p. 162), população é “[...] *o conjunto de elementos constituintes de um todo.*”

Amostra, segundo Tuckman (2000, p. 188), “[...] *é constituída pelos elementos da população, seleccionados para participar no estudo.*”

Neste estudo recorreu-se à amostragem por conveniência e a amostra coincidiu com o universo porque foram considerados todos os respondentes. Foi utilizado como critério de seleção, a tipologia de resposta – Unidades de Internamento da RNCCI – ou seja, os Fisioterapeutas que nestas desempenham funções e a população-alvo é constituída pelos Fisioterapeutas a exercer funções nas diferentes Tipologias de Unidades de Internamento da RNCCI (Convalescença, Média duração e Reabilitação, Longa duração e Manutenção e Cuidados Paliativos), num total de 148 Unidades. A amostra é constituída por 58 Fisioterapeutas, ou seja, todos os respondentes que aceitaram, duma forma voluntária, responder ao questionário, revelando serem maioritariamente do género feminino e com idades compreendidas entre os 21 e os 30 anos.

1.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Galbraith²⁸(2007) diz que “*tendemos a reconhecer melhor aquilo que é medido*” e por isso se utilizam os instrumentos de recolha de dados, que tal como o próprio nome indica, são instrumentos, técnicas, que um investigador aquando de um trabalho de investigação utiliza para obter informações e para testar as hipóteses formuladas. Para a realização deste estudo, o IRD utilizado foi o questionário, que é um instrumento que visa a recolha de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que são respondidas por escrito e não necessita da presença do investigador.

O IRD utilizado foi a "Escala Veiga de Competência Emocional" (EVCE) – escala de autopreenchimento desenvolvido por Veiga-Branco (2004a, b) – validada na população portuguesa e autorizada²⁹ pela autora³⁰ para o presente estudo. É constituída por duas partes: a 1ª parte para a caracterização do participante no estudo e a 2ª referente à EVCE propriamente dita. Esta encontra-se dividida em cinco subcategorias sendo cada uma destas representativas de uma das cinco capacidades Inteligência Emocional definidas por Goleman (1995) e composta por 86 itens, fundamentados no conceito inicial de Inteligência Emocional (Mayer, Salovey & Caruso, 2004), e que sucessivamente modificados e aferidos em anteriores estudos (Veiga Branco, 2004a; Vilela, 2006 e Agostinho, 2010) pretendem avaliar os níveis das capacidades de CE, distribuídos em cinco subescalas, cinco grandes domínios, designadamente:

²⁸ John Galbraith (1908 – 2006) foi um economista, filósofo e escritor.

²⁹ Ver Autorização no Anexo II

³⁰ A autora da EVCE, a Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, é também a Orientadora Científica do presente trabalho de investigação, tendo acompanhado de perto todo o seu desenvolvimento.

1. Capacidade de Autoconsciência – 20 itens.
2. Capacidade de Gestão de Emoções – 19 itens.
3. Capacidade de Automotivação – 21 itens.
4. Capacidade de Empatia – 12 itens.
5. Capacidade de Gestão das Emoções em Grupos – 14 itens.

Cada variável independente, ou seja, cada item, tem uma unidade de medida de sete pontos numa escala tipo *Likert* (1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Pouco frequente; 4 – Por norma; 5 – Frequentemente; 6 – Muito frequente e 7 – Sempre). Com esta escala, os inquiridos indicaram a frequência temporal da vivência de determinadas situações de carácter emocional, e expressaram – através de memória – a frequência com que sentiam as expressões emocionais apresentadas, e como colocavam em prática as suas capacidades de CE, sempre o mais próximo possível do “que é/sente” e não do “que deveria ser/sentir”.

A versão do IRD³¹ utilizada neste estudo é similar à de Agostinho (2010) e importa referir que a 1ª parte – caracterização do participante no estudo – foi adaptada, tendo-se procedido à alteração de algumas questões de forma a direcionar a investigação para a população-alvo.

O estatuto deste Instrumento de Recolha de Dados é o de perscrutar um conjunto de comportamentos e atitudes, que considerando a frequência com que são experienciados, podem servir de imagens de quotidianos, por forma a construir um perfil em Competência Emocional. Uma vez obtido o conjunto de resultados inerentes a esta variável, será decidido no sentido de indicar (ou não) a pertinência na formação em Educação Emocional.

De forma concisa, as aptidões na escala da Competência Emocional são de conhecer os próprios sentimentos, ser dotado de empatia, aprender a controlar suas próprias emoções, remediar danos emocionais e a integração de tudo. Essas aptidões, em conjunto, compõem a educação emocional, que permite ao indivíduo o desenvolvimento da sua inteligência emocional.

³¹ Ver o IRD no Anexo III

1.3.1 – Da adaptação à aplicação do instrumento de recolha de dados

No que diz respeito à adaptação da primeira parte da escala – caracterização do participante – foram alteradas e acrescentadas algumas questões, que adidas às restantes, assumem o estatuto de variáveis de caracterização:

- Género.
- Idade.
- Estado Civil.
- Habilitações Literárias.
- Formação específica na área dos Cuidados Continuados (Se sim, qual?).
- Tempo de serviço na profissão (em anos completos).
- Tipologia (s) da (s) Unidade (s) de Internamento da RNCCI em que trabalha.
- Tempo de serviço na RNCCI (em anos completos).
- Acesso ao local de trabalho (em minutos).
- Grau de satisfação em relação ao local de trabalho.
- Opinião em relação às condições de trabalho.
- Se sente que as próprias ideias são escutadas e colocadas em prática.
- Qual a tarefa do quotidiano profissional que mais gosta de realizar.
- Qual a tarefa do quotidiano profissional que menos gosta de realizar.
- Pluriemprego (Tem *part-time*? Se sim, quantas horas/semana?).
- Realização profissional.
- Importância da relação interpessoal com os colegas para o sucesso profissional.
- Importância da relação interpessoal com os utentes para o sucesso dos cuidados prestados.
- Importância da estabilidade emocional para a relação interpessoal com os outros.
- Importância da relação que estabelece com as outras pessoas para a sua estabilidade emocional.
- Nível de sucesso dos cuidados que presta enquanto Fisioterapeuta.
- Satisfação pessoal enquanto Fisioterapeuta.
- Reconhecimento social da profissão.

Procedimento de Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados

Concluída a elaboração dos conteúdos da EVCE em formato digital, configurou-se o documento no *Google Docs*.

Inicialmente, em Maio de 2011, foi enviado um requerimento³² através do correio, a 148 Unidades de Internamento dos 18 distritos de Portugal Continental, solicitando o contributo e a colaboração no estudo, facultando para isso, os endereços eletrónicos (*email*) dos Fisioterapeutas para a aplicação do IRD.

Num segundo momento, após rececionar os endereços de correio eletrónico dos Fisioterapeutas, foi enviado para os mesmos, o *link* direto para acederem ao IRD – Escala Veiga de Competência Emocional – com o intuito de fazer o diagnóstico de situação da população-alvo.

As respostas foram obtidas no período de Maio a Outubro de 2011.

1.4 – TIPO DE TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados recolhidos das respostas da amostra foram submetidos a diferentes procedimentos estatísticos. Na 1ª parte da escala, que diz respeito à caracterização do participante, recorreu-se à estatística descritiva utilizando as frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (moda, média e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, máximo e mínimo) com a finalidade de tratar as variáveis independentes de caracterização da amostra (por exemplo: género, idade, estado civil, habilitações literárias).

A 2ª parte da escala foi submetida a um estudo descritivo com aplicação de testes estatísticos para estudo das variáveis comportamentais/atitudinais incluídas na escala, relativas a cada uma das capacidades da Competência Emocional e para aceder à sua expressão em termos cronológicos. Desta forma conhece-se a frequência com que a amostra sente e qual o percentual da amostra que sente a frequência temporal desse comportamento ou atitude.

Procedeu-se à construção das variáveis aqui assumidas como variáveis dependentes para os itens da escala e cada uma delas, independente, para a variável dependente Competência Emocional – Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia, Gestão de Emoções em Grupo – encontradas a partir dos valores dos itens da escala. Utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) na versão

³² Ver o Requerimento no Anexo IV

20, fez-se o estudo da consistência interna entre os itens que expressam o perfil atitudinal e comportamental de cada uma das capacidades com recurso ao alfa (α) de *Cronbach*, e recorreu-se ao Teste R de *pearson* para estudar a correlação entre as 5 capacidades entre si e entre as mesmas e a Competência Emocional (este teste fornece um coeficiente de correlação R que varia entre -1 e 1, sendo que -1 representa uma correlação negativa perfeita e 1 representa uma correlação positiva perfeita (Laureano & Botelho, 2010)).

Para melhor se conseguirem compreender os dados obtidos, a seguir, no Capítulo II apresenta-se o tratamento estatístico dos mesmos, os resultados obtidos, bem como a sua análise e discussão.

CAPITULO II – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Custa imaginar que aquilo que sentimos também os outros o sentiram, e sentiram da mesma maneira, que falemos das mesmas coisas, que entendam e vivam situações similares. Tomar consciência das nossas próprias emoções e das dos outros, facilitará um melhor conhecimento de nós mesmos.”

Plana, 2007

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Das 148 Unidades de Internamento da RNCCI contactadas, 58 Fisioterapeutas responderam ao questionário, constituindo a amostra da população – alvo do estudo.

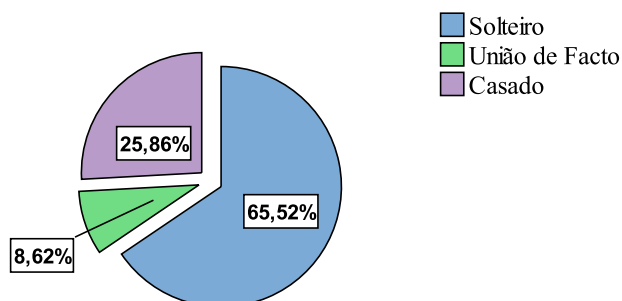
Relativamente à caracterização quanto ao género e quanto ao escalão etário e tendo por base a **Tabela 1**, a grande maioria é do género feminino, correspondendo a 84,5% da amostra, e com idades compreendidas entre os 21 e os 30 anos, escalão que representa 75,9%. Esta distribuição é característica dentro da RNCCI onde as equipas multidisciplinares são formadas essencialmente por mulheres e por profissionais recém-licenciados.

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto ao género e ao escalão etário

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Escalão Etário	21 – 25	N %	15 25,9%	0 ,0%	15 25,9%
	26 – 30	N %	29 50,0%	6 10,3%	35 60,3%
	31 – 35	N %	4 6,9%	3 5,2%	7 12,1%
	41 – 45	N %	1 1,7%	0 ,0%	1 1,7%
Total			49 84,5%	9 15,5%	58 100,0%

Em relação ao estado civil, verifica-se no **Gráfico 1** que a maioria da amostra, ou seja, 65,5%, é solteira (N=38). Os Fisioterapeutas casados compõem o segundo grupo mais representativo com 25,9% (N=15), seguidos dos que estão em união de facto com 8,6% (N=5).

Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto ao estado civil



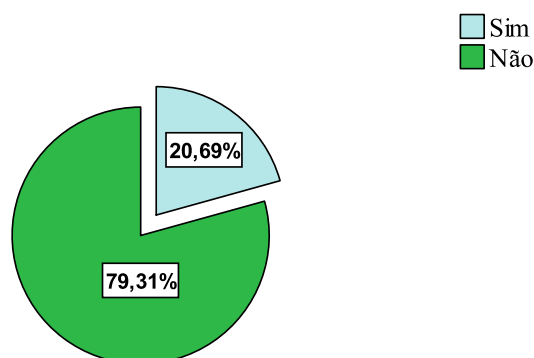
Analisando a **Tabela 2** verifica-se que a grande maioria da amostra possui Licenciatura (N=55), representando 94,8% da mesma, seguidos por dois Fisioterapeutas que possuem Mestrado (3,4%) e um Bacharel (1,7%).

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto às habilitações literárias

Habilitações Literárias	Frequência Absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Bacharelato	1	1,7
Licenciatura	55	94,8
Mestrado	2	3,4
Total	58	100,0

Atendendo ao que revela o **Gráfico 2**, da totalidade dos Fisioterapeutas da amostra, apenas 20,7% tem formação específica na área dos Cuidados Continuados (N=12) sendo que os restantes 46 casos, ou seja 79,3% da amostra, não possui qualquer formação dentro dessa área.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra quanto à Formação Específica em Cuidados Continuados



Aqueles que responderam afirmativamente quanto a possuir formação específica na área dos Cuidados Continuados, mencionaram as seguintes formações: 5 Pós-Graduação; 1 a frequentar Mestrado; 1 as IV Jornadas de Cuidados Continuados Integrados; 1 Formação da OMS; 1 Curso Básico de CCI; 1 Orientações e Modelos de Intervenção de Fisioterapia em Cuidados Continuados Integrados da Sinais Vitais e 1 Formação em Neurologia e “Maus tratos e negligência a pessoas idosas”.

Do total da amostra e segundo a **Tabela 3**, olhando para os dois extremos, 43 Fisioterapeutas (74,1%) iniciaram a vida profissional recentemente (1 – 5 anos) e apenas 1 (1,7%) tem de 16 a 20 anos de profissão.

Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto ao Tempo de serviço na profissão (em anexos completos)

Tempo de Serviço na Profissão	Frequência Absoluta (N)	Frequência relativa (%)
1-5anos	43	74,1
6-10anos	12	20,7
11-15anos	2	3,4
16-20anos	1	1,7
Total	58	100,0

Tendo em conta que a RNCCI foi instituída em 2006 e o presente estudo foi iniciado em 2011, o tempo de serviço contabilizado pela amostra varia apenas de 1 a 5 anos e de acordo com a **Tabela 4**, a amostra manifesta que a maioria (N=25), ou seja, 43,1% está a desempenhar funções na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados há apenas 1 ano.

Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço na RNCCI (em anos completos)

Tempo de serviço na RNCCI	Frequência Absoluta (N)	Frequência relativa (%)
1 ano	25	43,1
2 anos	10	17,2
3 anos	13	22,4
4 anos	8	13,8
5 anos	2	3,4
Total	58	100,0

O presente estudo incide sobre os Fisioterapeutas que desempenham funções nas Unidades de Internamento da RNCCI. Contudo, não são exclusivos duma única Unidade podendo acumular funções nas várias tipologias. A **Tabela 5** expressa as combinações que a amostra assinalou e a maior percentagem (39,7%) recai sobre as Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção em simultâneo, correspondendo a 23 dos 58 Fisioterapeutas respondentes.

Tabela 5 – Distribuição da amostra quanto à Tipologia das Unidades de Internamento (UI)

Tipologia da UI	Frequência Absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Convalescença	10	17,2
Média Duração e Reabilitação	4	6,9
Longa Duração e Manutenção	14	24,1
Paliativos	1	1,7
Média e Longa Duração	23	39,7
Convalescença e Paliativos	1	1,7
Convalescença e Média Duração	2	3,4
Convalescença, Média e Longa Duração	2	3,4
Longa Duração e Paliativos	1	1,7
Total	58	100,0

Do cruzamento das variáveis “Grau de realização profissional” e “Satisfação pessoal como Fisioterapeuta”, pode observar-se na **Tabela 6** que 34,5% da amostra (N=20) de Fisioterapeutas está consideravelmente realizado e consideravelmente satisfeito e apenas 5,2% (N=3) se manifesta muito realizado e muito satisfeito. É de salientar na presente amostra não haver Fisioterapeutas nada/pouco satisfeitos e nada/pouco realizados.

Tabela 6 – Distribuição da amostra quanto ao Grau de realização profissional e à Satisfação pessoal como Fisioterapeuta

			Satisfação pessoal como Fisioterapeuta			Total
			Satisfeito	Consideravelmente Satisfeito	Muito satisfeito	
Grau de realização profissional	Realizado	N %	8 13,8%	15 25,9%	1 1,7%	24 41,4%
	Consideravelmente Realizado	N %	1 1,7%	20 34,5%	10 17,2%	31 53,4%
	Muito realizado	N %	0 ,0%	0 ,0%	3 5,2%	3 5,2%
Total			9 15,5%	35 60,3%	14 24,1%	58 100,0%

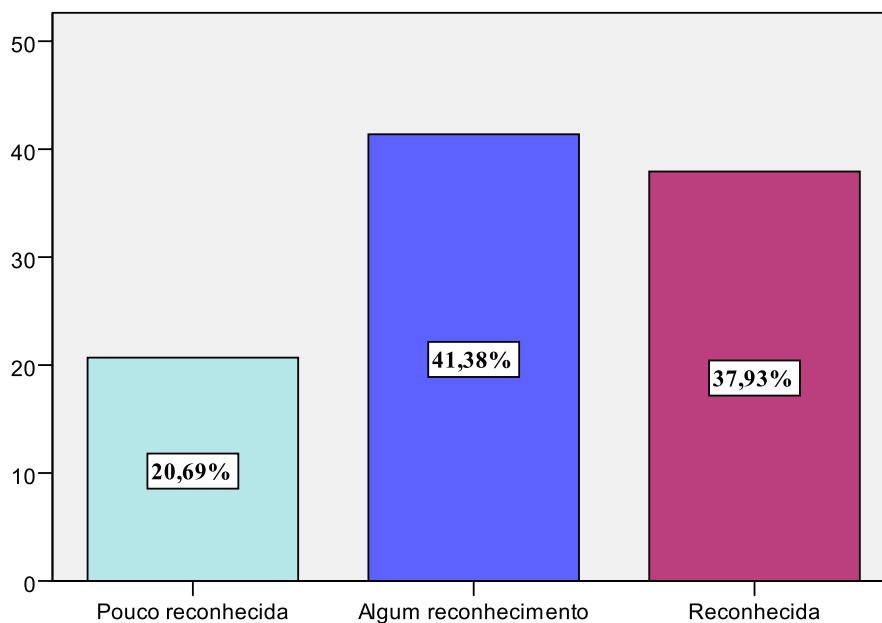
Do encontro das variáveis “Grau de satisfação no local de trabalho” e “Opinião das condições de trabalho”, pode observar-se na **Tabela 7** que 43,1% da amostra (N=25) estão consideravelmente satisfeitos e referem que as condições de trabalho são muito adequadas.

Tabela 7 – Distribuição da amostra quanto ao Grau de satisfação no local de trabalho e a Opinião acerca das condições do mesmo

			Opinião das condições de trabalho				Total
			Pouco adequadas	Adequadas	Muito adequadas	Excelentes	
Grau de satisfação no local de trabalho	Pouco satisfeito	N %	2 3,4%	1 1,7%	0 0%	0 0%	3 5,2%
	Satisfeito	N %	1 1,7%	12 20,7%	5 8,6%	1 1,7%	19 32,8%
	Consideravelmente Satisfeito	N %	0 0%	1 1,7%	25 43,1%	5 8,6%	31 53,4%
	Muito satisfeito	N %	0 0%	1 1,7%	4 6,9%	0 0%	5 8,6%
Total			3 5,2%	15 25,9%	34 58,6%	6 10,3%	58 100%

Quanto à variável “Reconhecimento da Profissão”, o **Gráfico 3** expõe que a amostra sente que de uma forma geral a profissão é reconhecida: 41,4% dos Fisioterapeutas (N=24) referem que tem algum reconhecimento; 37,9% (N=22) que é reconhecida e 20,7% (N=12) que é pouco reconhecida.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra quanto ao Reconhecimento da profissão



Sobre as variáveis “Importância da relação interpessoal com os utentes” e “Importância da relação com os colegas de equipa” presentes na **Tabela 8**, os Fisioterapeutas da amostra distribuem a sua perceção pelos níveis de importante e muito importante e consideram em maioria, ou seja, 63,8% (N=37) que ambas são muito importantes.

Tabela 8 – Distribuição da amostra quanto à Importância da relação interpessoal com os utentes e com os colegas de equipa

			Relação interpessoal com os utentes		Total
			Importante	Muito Importante	
Relação interpessoal com os colegas da equipa	Importante	N	11	8	19
		%	19,0%	13,8%	32,8%
	Muito importante	N	2	37	39
		%	3,4%	63,8%	67,2%
			14	13	58
Total			24,1%	22,4%	100,0%

Quanto ao cruzamento das variáveis “Importância da estabilidade emocional para a relação interpessoal com os outros” e “Importância da relação com outrem para a sua

estabilidade emocional” verifica-se na **Tabela 9** que 53,4% da amostra (N=31) as considera muito importantes.

Tabela 9 – Distribuição da amostra quanto à Importância da estabilidade emocional para a relação interpessoal com os outros e à Importância da relação com outrem para a sua estabilidade emocional

			Importância da relação com outrem para a estabilidade emocional				Total
			Sem importância	Alguma importância	Importante	Muito importante	
Importância da estabilidade emocional para a relação interpessoal	Sem importância	N %	1 1,7%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,7%
	Alguma importância	N %	0 ,0%	1 1,7%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,7%
	Importante	N %	0 ,0%	4 6,9%	7 12,1%	8 13,8%	19 32,8%
	Muito importante	N %	0 ,0%	0 ,0%	6 10,3%	31 53,4%	37 63,8%
Total			1 1,7%	5 8,6%	13 22,4%	39 67,2%	58 100,0%

2.2 – ANÁLISE DESCRITIVA DAS CAPACIDADES DA CE

Partiu-se do objetivo de reconhecer as frequências temporais dos comportamentos expressivos de Competência Emocional, através de cada uma das suas capacidades. O valor do *Alpha de Cronbach* presente na **Tabela 10** revela que existe fiabilidade e consistência interna entre os itens que compõem cada uma das capacidades, de salientar que é “*Fraca*” para a Gestão de Emoções ($\alpha=,643$), mas existe e é “*Boa*” para as restantes capacidades: Empatia ($\alpha=,827$), Automotivação ($\alpha=,858$), Gestão de Emoções em Grupos ($\alpha=,870$) e Autoconsciência ($\alpha=,883$). Verificou-se que esta amostra - como se mostra na **Tabela 10** - (N=58) apresenta a média mais elevada (=5,09; $\sigma=,682$) nos comportamentos que dizem respeito à Autoconsciência, já que este valor corresponde a “*Frequente*”, imediatamente seguido da mesma frequência para a Empatia (=5,01; $\sigma=,682$). Todavia verificamos que os Fisioterapeutas normalmente expressam “*Por Norma*”, comportamentos e atitudes de Gestão de Emoções (=4,51; $\sigma=,535$), Gestão de Emoções em Grupos (=4,58; $\sigma=,704$) e de Automotivação (=4,93; $\sigma=,634$).

Como se pode confirmar nos Anexos V e VI, vivem com frequência, comportamentos e atitudes que dizem respeito à Autoconsciência – “*Caio num estado de espírito negativo e rumino, rumino, pensando no (os) pormenor (es) que me fizeram sentir mal*” – e à Empatia – “*Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável. Fico irritado.*”

Atendendo aos Anexos VII, VIII e IX, vivenciam por norma, comportamentos e atitudes de Automotivação – “*Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal)*”, Gestão de Emoções em Grupos e de Gestão de Emoções – “*Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir mal comigo mesmo(a)*”. Revelam que nestas destrezas não atingem o ponto de corte necessário para se poderem considerar destros nestas capacidades, podendo ser trabalhadas com a Educação Emocional. No global, e segundo a perceção da amostra, a Competência Emocional é vivida “*Por Norma*” ($\bar{x}=4,82$; $\sigma=,511$).

Tabela 10 – Apresentação descritiva da distribuição dos valores das variáveis independentes (capacidades da CE) e da CE: média, desvio padrão e *Alpha de Cronbach*

Capacidades	Média (\bar{x})	Desvio Padrão (σ)	Alpha de Cronbach (α)
Autoconsciência (Anexo V)	5,09	,682	,883
Gestão de Emoções (Anexo VI)	4,51	,535	,643
Automotivação (Anexo VII)	4,93	,634	,858
Empatia (Anexo VIII)	5,01	,682	,827
Gestão Emoção em Grupos (Anexo IX)	4,58	,704	,870
Competência Emocional	4,82	,511	-

Considera-se aqui necessário fazer uma reflexão comparativa entre as expressões de frequência temporal entre esta amostra e a estudadas pelos autores citados em construto e presentes na **Tabela 11**.

Tabela 11 – Comparação da frequência temporal dos comportamentos que caracterizam cada uma das cinco Capacidades e da Competência Emocional entre vários estudos

Estudos Capacidades	Em Professores Veiga-Branco (2004a)	Em Enfermeiros Vilela (2006)	Em Enfermeiros Agostinho (2010)
Autoconsciência	Frequente/Muito Frequente	Por Norma	Por Norma/Frequente
Gestão de Emoções	Por Norma	Pouco Frequente	Por norma
Automotivação	Por Norma/Frequente	Pouco Frequente	Por Norma/Frequente
Empatia	Frequente/Muito Frequente	Por Norma/Frequente	Por Norma/Frequente
Gestão de Emoção em Grupos	Pouco Frequente/Por Norma	Por Norma	Por Norma
Competência Emocional	Por Norma/Frequente	Pouco Frequente	Por Norma/Frequente

Este estudo não confirma na sua essência, os resultados verificados por Veiga-Branco (2004a) com os professores ou o com estudo de Vilela (2006) com enfermeiros, mas vem corroborar, mais recentemente, os estudos de Agostinho (2010) também com enfermeiros, apresentando resultados muito semelhantes na frequência com que se percecionam em relação às capacidades.

2.3 – ANÁLISE CORRELACIONAL ENTRE AS CAPACIDADES E A CE

A análise da correlação permite conhecer a existência ou não de relação entre as cinco capacidades (variáveis independentes), quer entre si, quer com a Competência Emocional (variável dependente), encontrando também a força e o sentido dessas relações. Foi determinado o coeficiente de correlação r de *Pearson*, apresentando-se os resultados na **Tabela 12** em que todas as correlações são positivas e todas apresentam uma probabilidade de significância (valor de prova ou *p-value*) aproximado de 0,000.

Tabela 12 – Distribuição das correlações entre as capacidades e a Competência Emocional: coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e *p-value* (p)

		Autoconsciência	Gestão Emoções	Automotivação	Empatia	Gestão Emoção Grupos	Competência Emocional
Autoconsciência	r	1	,636**	,788**	,428**	,344**	,804**
	p		,000	,000	,001	,008	,000
Gestão Emoções	r	,636**	1	,605**	,532**	,450**	,795**
	p	,000		,000	,000	,000	,000
Automotivação	r	,788**	,605**	1	,494**	,334*	,809**
	p	,000	,000		,000	,010	,000
Empatia	r	,428**	,532**	,494**	1	,711**	,811**
	p	,001	,000	,000		,000	,000
Gestão Emoção Grupos	r	,344**	,450**	,334*	,711**	1	,734**
	p	,008	,000	,010	,000		,000
Competência Emocional	r	,804**	,795**	,809**	,811**	,734**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	

**A Correlação é significativa ao nível de significância de 0,01.

*A Correlação é significativa ao nível de significância de 0,05.

Pela análise da **Tabela 12** podemos verificar que todas as correlações entre as capacidades e a Competência Emocional são positivas e extremamente fortes. Os Fisioterapeutas consideram que a sua Competência Emocional tem uma correlação mais forte com as capacidades de Empatia ($r=,811$), de Automotivação ($r=,809$) e de Autoconsciência ($r=,804$), seguida da Gestão de Emoções ($r=,795$) e da Gestão de Emoção em Grupos ($r=,734$).

A Autoconsciência, apresenta uma correlação mais forte com a Automotivação ($r=,788$) e moderada com a Gestão de Emoções ($r=,636$) e esta apresenta também uma relação moderada com a Automotivação ($r=,605$) e com a Empatia ($r=,532$) e fraca com a

Gestão de Emoção em Grupos ($r=.450$). A Empatia revela uma correlação forte com a Gestão de Emoção em Grupos ($r=.711$) e uma correlação fraca com as restantes capacidades.

Constata-se aqui que as cinco capacidades correlacionam-se com a Competência Emocional, no entanto, a amostra percebe essa relação de forma diferente da apresentada pelo construto teórico de Goleman (1995).

Refletir para intervir...

Após a discussão de resultados cabe refletir acerca do que deve ou pode ser utilizado como intervenção nesta população. Para tanto, serão agora isoladas as atitudes, consideradas perigantes para a vivência de melhor nível de Competência Emocional, expondo os itens³³ que não atingiram ponto de corte para serem integrados num perfil tipo de Competência Emocional e serão por isto usados como temáticas a inserir no Projeto Formativo de Intervenção em Educação Emocional.

No que diz respeito à **Autoconsciência**, deverão ser ponto de reflexão formativa, os seguintes os comportamentos/atitudes associados às suas reações a nível racional e relacional, de instabilidade e ruminação:

- Caio num estado de **espírito negativo** e rumino, rumino, pensando no (os) pormenor (es) que me fizeram sentir mal ($=4,48$).
- Sinto que **me deixo absorver** por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento ($=4,97$).
- Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, **não consigo controlá-los** ($=5,41$).
- Altera-se a minha capacidade de atenção. **Fico distraído**, menos atento ($=4,40$).
- **Diminui** o meu **nível de raciocínio**. Não me consigo concentrar facilmente ($=4,50$).
- Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/fico em **mutismo; eufórico(a)**, etc ($=4,91$).
- Fico **mentalmente retido(a)** nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre ($=5,21$).
- **Instável**, com várias mudanças de humor ($=5,55$).

³³ Tendo em conta que cada item, tem uma unidade de medida de sete pontos numa escala tipo *Likert* (1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Pouco frequente; 4 – Por norma; 5 – Frequentemente; 6 – Muito frequente e 7 – Sempre).

- **Ruminativa**, sempre a “matutar” (=4,71).
- **Azarada**, não tenho sorte na vida (=5,66).

Ao nível da **Gestão De Emoções**, os comportamentos/attitudes que deverão ser alvo de intervenção, estão relacionados com energia física com sentimento de alerta, com a intrusão e a explosão subjacentes aos itens:

- Tenho tendência a **usar objectos, pessoas ou situações** como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir mal comigo mesmo(a) (=5,60).
- Vivo em estado de **preocupação crónica** com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram (=5,24).
- Fico alerta, tento logo **identificar essa emoção negativa**, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria (=2,34).
- **Pensamentos intrusivos**, persistentes, que me perseguem dia e noite (=4,91).
- Que o meu corpo está a reagir e **dificilmente** consigo **sair da linha de pensamento** que me preocupa (=4,91).
- Inconscientemente, acabo por **usar** para me distrair **pensamentos/situações ainda mais deprimentes** (=5,34).
- Acabo por **isolar-me**, não tenho paciência para nada (=4,45).

Em relação à **Automotivação**, a intervenção incide nos comportamentos e attitudes relacionados com perceções pessoais de passividade, baixa automotivação e insegurança:

- Que quando estou de mau humor, só me assolam **recordações negativas** (=4,95).
- **Pessimista** (faça o que fizer, vai correr mal) (=5,83).
- **Derrotista** (não tenho sorte na vida) (=5,93).
- Capaz de deixar-se **dominar pela ansiedade** e pela **frustração** (=5,45).
- Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito **preocupado com outras coisas** (=5,31).
- Sou **assaltado por pensamentos** (Será que estou a dar o meu melhor? Será que estou a cumprir o meu papel? Será que o superior aprova?) (=4,71).

- Vou **fazendo e ruminando** outros pensamentos que me ocorrem (=5,09).
- Penso no facto e **rumino a humilhação**. Aquilo fica dentro de mim (=4,48).
- **Invade-me a auto-piedade**. Acabo por me sentir em baixo, como alguém sem grande interesse (=5,34).
- **Invade-me o desprezo, o rancor**. Corto com quem me rejeita. Sinto rancor por essa pessoa (=5,38).
- Correu mal em consequência de um **defeito pessoal**, eu sou assim (=5,45).

No que diz respeito à **Empatia**, o único ponto de reflexão formativa está relacionado com comportamentos e atitudes de sintonia relacional e a instabilidade:

- Tendo a ficar **receptivo à instabilidade** do outro e desencadeio uma **atitude instável**. Fico irritado (=5,07).

Ao nível da **Gestão De Emoções em Grupos**, o comportamento/atitude que deverá ser alvo de intervenção, está relacionado com o sincronismo e subjacente ao item:

- Dar comigo a **fazer os mesmos gestos** ou gestos concordantes com a outra pessoa (=3,79).

Atendendo aos comportamentos e atitudes anteriormente expostos, pode concluir-se que esta população de Fisioterapeutas poderia ser alvo de um Projeto Formativo de Intervenção em Educação Emocional, com o objetivo de fomentar o seu nível de Competência Emocional e que a seguir será apresentado, num Plano Esquemático.

2.4 – PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO NOS FISIOTERAPEUTAS DAS UI DA RNCCI

Tal como já foi supracitado, por se entender a inerência das emoções na natureza humana, não se pode conceber a destituição do afeto nas relações de trabalho, uma vez que o comportamento em contexto laboral é afetado duma forma direta pelo estado emocional e interfere nos respetivos relacionamentos: entre colegas de trabalho e/ou Profissional – Utente (Seymour & Shervington, 2001).

Apesar das competências técnicas serem importantes para o desenvolvimento profissional, é reconhecida a necessidade de outro tipo de competências, nomeadamente na área sócio emocional, onde se aceita que a produtividade dependa de trabalhadores emocionalmente competentes (Bisquerra, 2002), comprovando a importância da gestão emocional no âmbito das organizações.

Desta forma, através da análise da frequência com que os Fisioterapeutas incluídos neste estudo, têm determinados comportamentos e atitudes, segundo a sua perceção, foi possível elaborar um Plano de Formação viável de ser aplicado, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de Fisioterapeutas cada vez mais competentes emocionalmente.

PLANO ESQUEMÁTICO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM EE

Tema: Educação Emocional Formadora: Julieta Afonso ³⁴ Formandos: Fisioterapeutas das UI da RNCCI Avaliação da Formação: Ficha de Análise/Reflexão		Duração: 6 horas Março de 2014
	Conteúdos Programáticos a Desenvolver	Metodologia
Inteligência Emocional/Competência Emocional	<ul style="list-style-type: none">• Conceitos: emoção, sentimento• Fisiologia das emoções• Evolução da IE para a Competência Emocional – Principais Modelos de IE	Método: Expositivo Auxiliar Pedagógico: <ul style="list-style-type: none">• Projetor Multimédia• Diapositivos
Educação Emocional	<ul style="list-style-type: none">• Definição e características da EE• Perfil do Fisioterapeuta com CE	
Itens perigantes:		
<u>Autoconsciência</u> “Espírito negativo” – “Me deixo absorver” “Não consigo controlá-los” “Fico distraído” “Diminui nível de raciocínio” “Mutismo; eufórico (a)” “Mentalmente retido (a)” “Instável” “Ruminativa” “Azarada”	<ul style="list-style-type: none">• Identificar as emoções• Consciência das próprias emoções, percepção de si• Assimilar as causas e as consequências das emoções	
<u>Gestão de Emoções</u> “Usar objectos, pessoas ou situações” “Preocupação crónica” “Identificar essa emoção negativa” “Pensamentos intrusivos” “Difícilmente sair da linha de pensamento” “Usar pensamentos/situações ainda mais deprimentes” “Isolar-me”	<ul style="list-style-type: none">• Expressão emocional adequada• Habilidade para lidar com negativismo• Capacidade para produzir emoções positivas	
<u>Automotivação</u> “Recordações negativas” “Pessimista” “Derrotista” “Dominar pela ansiedade, frustração” “Preocupado com outras coisas” “Assaltado por pensamentos” “Fazendo e ruminando” “Rumino a humilhação” “Invade-me a auto-piedade” “Invade-me o desprezo, o rancor” “Defeito pessoal”	<ul style="list-style-type: none">• Autoestima• Atitude positiva• Automotivação• Resiliência	Laboratórios de Emoções
<u>Empatia</u> “Receptivo à instabilidade, atitude instável”	<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer as emoções nos outros• Respeito e valorização pelo outro	Trabalhos de Grupo
<u>Gestão De Emoções em Grupos</u> “Fazer os mesmos gestos”	<ul style="list-style-type: none">• Assertividade• Praticar comunicação recetiva/expressiva• Prevenção e gestão de conflitos	Jogos de palavras

³⁴ Ver Anexo X

CAPITULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Ela está no horizonte.

Avanço dois passos e ela afasta-se dois passos.

Avanço dez passos e o horizonte distancia-se de mim dez passos.

Posso ir tão longe quanto quiser.

Nunca lá chegarei.

Para que serve então a utopia?

Para isso mesmo...para avançarmos.”

Eduardo Galeano (2002)

3.1 – CONCLUSÕES DO ESTUDO

Terminada a apresentação dos resultados e elaborada a Discussão, coube refletir acerca Intervenção possível nesta população alvo. Agora, que o trabalho chegou ao fim, coloca-se a questão: em Conclusão... o que se fez? Para que serve?

E é neste pressuposto que se retomam as Questões de Partida e que de forma essencial orientaram este percurso empírico.

Pode considerar-se que os objetivos propostos foram atingidos e a investigação permitiu dar resposta às questões de investigação colocadas, como a seguir se verifica.

Partindo dos resultados encontrados através do estudo estatístico descritivo, para cada uma das capacidades da Competência Emocional, os níveis de frequências temporais indicam que “*Por norma*” ($\approx 4,82$), esta amostra vive comportamentos e atitudes de Competência Emocional. Mais especificamente, cada uma das capacidades apresenta valores de frequência que expressam que vivem “*Por Norma*”, a Automotivação, a Gestão de Emoções em Grupos e a Gestão de Emoções e valores que correspondem ao nível de “*Frequente*”, para a Autoconsciência e para a Empatia.

Os resultados mostram que cada uma das 5 capacidades estabelece com a Competência Emocional relações estatísticas fortes e significativas. Assim, os Fisioterapeutas consideram que as capacidades mais preditivas da sua Competência Emocional (uma correlação mais forte) são a Empatia ($r=,811$), a Automotivação ($r=,809$) e a Autoconsciência ($r=,804$), respetivamente. Em seguida, e com alguma diferença valorativa de correlação são consideradas a Gestão de Emoções ($r=,795$) e a Gestão de Emoção em Grupos ($r=,734$). Estes resultados não corroboram assim o construto teórico, em que segundo os autores, se assume a Autoconsciência como a capacidade mais “necessariamente presente” seguida da Gestão de Emoções. Para os Fisioterapeutas da amostra em estudo, a Capacidade mais preditiva é aquela que reúne os comportamentos e atitudes da Empatia, imediatamente seguida das atitudes que inserem a Automotivação, aqui assumida como a 2ª capacidade mais importante para a Competência Emocional e não a Gestão de Emoções. A restante sequência também não cumpre o modelo teórico, mas termina igualmente com a Gestão de Emoção em Grupos.

Concluindo...

Assim, e em suma, este estudo, embora com resultados semelhantes, não confirma na sua essência, os resultados verificados por Veiga-Branco (2004a) com os professores ou o com estudo de Vilela (2006) com enfermeiros, mas vem corroborar, mais recentemente, os estudos de Agostinho (2010) também com enfermeiros, apresentando resultados muito semelhantes na frequência com que a amostra se percebe em relação às capacidades. Porém, parecem estes resultados ser sugestivos de alguma necessidade em investir de forma metódica e direcionada, em formação em Educação Emocional para estes técnicos de saúde, considerando as mais-valias defendidas por Gard, Gyllensten, Salford & Ekdahl (2000), e reconhecidamente assumidas pelos autores dos conceitos de Inteligência Emocional e Competência Emocional, seja para a vida pessoal ou para a vida laboral, com reflexos positivos tanto para os profissionais como para os utentes. A pesquisa (Hemmings & Povey, 2002) indica também que futuramente, os ensinamentos dentro do Curso Superior de Fisioterapia podem precisar de maior ênfase no aspeto relacional terapêutico para a componente cuidativa de qualquer lesão e será fundamental aumentar o conhecimento sobre a potencial utilização de intervenções psicológicas incluídas num programa de reabilitação fisioterapêutica.

3.2 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora os estudos acerca da Inteligência Emocional/Competência Emocional sejam escassos, principalmente em Portugal, tem-se verificado um acréscimo no interesse em investigar este tema. Na área da Fisioterapia, esta temática está pouco explorada, os estudos encontrados são acerca dos estudantes do Curso Superior de Fisioterapia (Figueira & Carvalho, 2011) e não acerca dos profissionais já em contexto de trabalho, condição que limitou a comparação dos resultados obtidos mas que torna este estudo pioneiro. A principal situação que motivou alguma limitação no decorrer deste estudo foi a amostra conseguida ter sido razoável e suficiente para o normal desenrolar do estudo, quando podia ter sido melhor, permitindo tirar mais e outras conclusões. A renitência de alguns Diretores de algumas Unidades de Internamento em fornecer os endereços de correio eletrónico dos Fisioterapeutas, mesmo estes tendo conhecimento da forma como iriam responder ao questionário e revelarem vontade de aderir. Houve uma Unidade cujo Diretor respondeu via *email*, não autorizar os Fisioterapeutas a integrar o estudo. Outra limitação foi de não se ter obtido resposta, de forma alguma,

por parte de algumas Unidades, manifestando completo desinteresse na participação do estudo.

3.3 – SUGESTÕES

Sendo este estudo, considerado pioneiro nos Fisioterapeutas a desempenhar funções no âmbito dos Cuidados Continuados, mais especificamente nas Unidades de Internamento, a amostra não permite porém representar significativamente esta classe profissional, neste contexto.

Sugere-se a continuidade do estudo na população dos Fisioterapeutas, alargando o contexto de forma a incluir os 4 tipos de resposta que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados assegura para a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, ou seja, que inclua as Unidades de Internamento, as Unidades de ambulatório, as Equipas hospitalares e as Equipas domiciliárias. Sugere-se também a realização de um estudo comparativo entre na população dos Fisioterapeutas na RNCCI e nos serviços de Medicina Física e Reabilitação do SNS.

Incluir nos programas curriculares do Curso de Licenciatura em Fisioterapia, unidades que abordem os temas Inteligência Emocional/Competência Emocional, bem como a Educação Emocional, será uma mais-valia na formação dos futuros Fisioterapeutas, colmatando a insuficiente preparação percecionada para lidar com as emoções a nível intra e interpessoal.

Assim, parece pertinente desenvolver estudos mais aprofundados no futuro nestes profissionais de Saúde, seja de carácter comparativo, seja de carácter explicativo, com e sem formação específica na área da Inteligência Emocional, no sentido de dar a conhecer o tipo de contributo da formação em Educação Emocional para a Competência Emocional de cada um e de revelar qualquer variável ocultadora ou confundidora ao longo deste processo.

BIBLIOGRAFIA

Abraham, R. (1999); The impact of emotional dissonance on organization commitment and intention to turnover. *Journal of Psychology*, 133(4): 441–455.

Abraham, R. (2000); The role of job control as a moderator of emotional dissonance and emotional intelligence-outcome relationships. *Journal of Psychology*, 134(2): 169–185.

Abraham, R. (2004); *Emotional competence as antecedent to performance: A contingency framework*. Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 130 (2), 117–143.

Agostinho, L. M. (2010); *Competência Emocional em Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Akerjordet, K., Severinsson, E. (2004); Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 164-170.

Andrade, A., Sanches, S. O., Lopes, A. P. F., Gonçalves, V. P. (2005); *Aspectos emocionais e psicossomáticos no processo de recuperação psicomotora – Estudo piloto*. Revista Digital - Buenos Aires - Ano 10 - N° 84.

Antunes, C. (1997); *Desenvolvendo a inteligência emocional e a construção do novo eu*. São Paulo: Vozes.

APF - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005); *Fisioterapia – Padrões de Prática* (3ª ed). S. Domingos de Rana.

APF - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2009); *Documento de Apoio à Integração dos Fisioterapeutas nos Cuidados Continuados*. S. Domingos de Rana.

Arruda, M. P., Arruda, L. P. (2010); O profissional de saúde como um mediador de emoções. *Revista electrónica de Enfermagem*, 12 (4): 770-4.

Bar-On, R., Parker, J. D. A. (2002); *Manual de Inteligência Emocional, teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho*. Porto Alegre: Artmed.

Bar-On, R. (2006); The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*: Vol. 18, 13-25.

Bar-On, R. (2010); Emotional intelligence: an integral part of positive psychology. *South African Journal of Psychology*, 40 (1), pp. 54-62.

Berrocal, P., Pacheco, N. (2005); La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, Nº 19 (3), 63 – 93.

Bisquerra, R. (2000); *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Ciss Praxis.

Bisquerra, R. (2002); *La competencia emocional*. in Álvarez, M. y Bisquerra, R., *Manual de orientación y tutoría*. Barcelona: Praxis. (pp. 144/69-144/83).

Bisquerra, R., Perez, N. (2007); Las Competencias Emocionales. Facultad de Educación UNED: Educación XXI, 10, 61-82.

Bisquerra, R. (2009); *Psicopedagogia de las emociones*. Madrid: Síntesis.

Boff, L. (1999); *Saber cuidar; Ética do humano – Compaixão pela terra*. Petrópolis: Editora Vozes.

Carvalho da Veiga, E., Miranda, V. R. (2006); *A importância das inteligências intrapessoal e interpessoal no papel dos profissionais da área da saúde*. Ciências e Cognição, Vol. 9, 64-72.

Cervo, A. L., Bervian, P. A. (1996); *Metodologia Científica* (4ª ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Cherniss, C. (1999); *The business case for Emotional Intelligence*. The Consortium for research on Emotional Intelligence in Organizations.

Costa, M., Faria, L. (2009a); *Inteligência Emocional e Satisfação Profissional de Enfermeiros e Voluntários*. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho. ISBN – 978-972-8746-71-1.

Costa, A. C., Faria, L. (2009b); *A Inteligência Emocional no Contexto de Enfermagem: Estudo Exploratório com o Questionário de Competência Emocional (QCE)*. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho. ISBN – 978-972-8746-71-1.

Damásio, A. R. (1995); *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. (9ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa – América.

Damásio, A. R. (2001); *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. (13ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa – América.

Damásio, A. R. (2003); *Ao Encontro de Espinosa – As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa – América.

Damásio, A. R. (2010); *O livro da consciência – A Construção do Cérebro Consciente*. (1ª ed.), Porto: Temas e Debates.

Dann, J. (2005); *Aprenda as chaves da Inteligência Emocional em uma semana*. São Paulo: Planeta.

Darwin, C. (1859); *The Origin of Species*, Jonh Murray.

Darwin, C. (1873); *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, Col. El Libro de bolsillo n. 1011, Madrid: 1984.

Escada, A. (2003); *Auto-estima com Inteligência Emocional*. (2ª ed.), Porto: Raridade.

Farinha, P. (2011); Isto não é o que parece – Quem é que inventou isso do período de reflexão?. *Noticias Magazine*.

Figueira, A. P. C., Carvalho, S. (2011); *As competências emocionais na formação do Fisioterapeuta: Estudo com um grupo de alunos de Fisioterapia*. Ciências e Cognição, Vol.16 (3), 132-150.

Fleury, M. T. L.; Fleury, A. (2001); Construindo o Conceito de Competência. *RAC*, Edição Especial.

Fortin, M. F. (2003); *O Processo de Investigação – da Concepção à Realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Freitas – Magalhães, A. (2007); *A Psicologia das Emoções – O Fascínio do rosto humano*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Frith, C. D., Frith, U. (2006); *How we predict what other people are going to do*. Elsevier: Brain Research 1079, 36-46.

Galbraith, J. K. (2007); *Galbraith Essencial – Os Principais Ensaos de John Kenneth Galbraith*. São Paulo: Saraiva.

Galeano, E. (2002); *O Livro dos Abraços*. Porto Alegre: L&PM.

Gard, G., Gyllensten, A. L., Salford, E., Ekdahl, C. (2000); Physical Therapists Emotional Expressions in Interviews about Factors Important for Interaction with Patients. *Physiotherapy*, Vol. 86 (5), 229-240.

Gardner, H. (1994); *Estruturas da mente: a Teoria das Múltiplas Inteligências*. Porto Alegre: Artes Médicas. Publicado originalmente em inglês com o título: *The frames of the mind: the Theory of Multiple Intelligences*, em 1983.

Gardner, H. (1995a); *Inteligências múltiplas – A teoria na prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Gardner, H. (1995b); *Mentes que lideram: uma anatomia da liderança*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Gardner, H. (1996); *Mentes que criam*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Geng, L., Li, S., Zhou, W. (2012); "The relationships among emotional exhaustion, emotional intelligence, and occupational identity of social workers in China". *Social Behavior and Personality: an international journal*. FindArticles.com.

Goleman, D. (1995); *Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Objectiva.

Goleman, D., Gurin, J. (1997); *Equilíbrio, Mente, Corpo – como usar a sua mente para uma saúde melhor*. Rio de Janeiro: Editora Campos.

Goleman, D. (2010); *Inteligência Emocional*. (15ª ed.), Lisboa: Círculo de Leitores.

Jaeger, A. (2003); Job competencies and the curriculum: an inquiry into Emotional Intelligence in graduate professional education. *Research in Higher Education*, 44, 6: 615–639.

Jansari, A., Rodway, P., Gonçalves, S. (2011); Identifying facial emotions: Valence specific effects and an exploration of the effects of viewer gender. *Elsevier: Brain and Cognition*, 76, 415-423.

Hatherly, A. (2006); *463 Tisanas*. Prefácio da Autora. Lisboa: Quimera.

Hemmings, B., Povey, L. (2002); Views of chartered physiotherapists on the psychological content of their practice: a preliminary study in the United Kingdom. *Br J Sports Med*. 36: 61-64.

Hoffmann, H., Kessler, H., Eppel, T., Rukavina, S., Traue, H. C. (2010); *Expression intensity, gender and facial emotion recognition: Women recognize only subtle facial emotions better than men*. Elsevier: Acta Psychologica, 135, 278-283.

Hubbard, L. R. (1986); *Dianética: A ciência moderna da saúde mental*. Dinamarca: New Era.

Instituto da Segurança Social (2011); *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Nº37 – V. 4.12.

Jaeger, A. J. (2003); *Job Competencies and the curriculum: An Inquiry into Intelligence in Graduate Professional Education*. Higher Education, Vol. 44, Nº 6.

Laureano, R. M. S. (2011); *Testes de Hipótese com o SPSS – O Meu Manual de Consulta Rápida*. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Laureano, R. M. S., Botelho, M. C. (2010); *SPSS – O Meu Manual de Consulta Rápida*. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

LeDoux, J. (1998); *O Cérebro Emocional – Os misteriosos alicerces da vida emocional*. Rio de Janeiro: Objectiva.

Martins, A., Ramalho, N., Morin, E. (2010); A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564.

Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. (2000); *Emotional Intelligence meets traditional standards for an intelligence*. *Intelligence*, 27, 267 – 298.

Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. (2004); Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry*, Vol. 15, Nº 3, 197 – 215.

Mayer, J., Roberts, R. D., Barsade, S.G. (2008); Human Abilities: Emotional Intelligence. *Annual Review of Psychology*. 13.1 – 13.30.

Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. & Cherkasskiy (2011); *Emotional Intelligence*. In R.J. Sternberg & S.B. Kaufman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Intelligence* (pp. 528-545). New York: Cambridge University Press.

McClelland, D.C.; Burham, D. H. (1997); *O poder é o grande motivador*. In: Vroom, V.H. *Gestão de pessoas, não de pessoal*. Rio de Janeiro: Campus.

Mercadier, C. (2004); *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (1989); *Ensino dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica*. Lisboa.

Moreira, I. M. P. B. (2006); *O doente terminal em contexto familiar – Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. (2ª ed.). Coimbra: Formasau.

Mussak, E. (2004); *Conte até dez*. Revista Vida Simples Nº 15.

Nascimento, G. S. (____); *A Importância da Educação Emocional na gestão de pessoas: “Gestão Emocional”*.

Oatley, K., Jenkins, J. M. (2002); *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.

OMS, Direcção-Geral da Saúde. (2003); *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

O’Sullivan, S., Schmitz, T. (2003); *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*. (4ª ed.). São Paulo: Editora Manole.

Pacheco, S. (2004); *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal – Perspectiva Ética*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2008); *Análise de Dados para as Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Plana, A. (2007); *Educación Emocional. Programa para Educación Primaria (6-12 años)*. Madrid: Wolters Kluwer.

Powell, J. (2012); *Porque tenho medo de lhe dizer quem sou*. (29ª ed.). Belo Horizonte: Crescer.

Queiroz, N. C., Neri, A. L. (2005); Bem-estar Psicológico e Inteligência Emocional entre Homens e Mulheres na Meia-idade e na Velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), pp. 292-299.

Quivy, R., Campenhoudt, L. (1992); *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (1º ed.), Lisboa: Editora Gradiva.

Remen, R. N. (1993); *O paciente como ser humano*. Trad. de Denise Bolanho. São Paulo: Summus.

Ribeiro, J. L. P. (2010); *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ª ed.), Porto: Legis Editora.

Roberts, R. D., Flores-Mendoza, C. E. (2002); *Inteligência Emocional: Um Construto Científico*. Paidéia, 12 (23), 77-92.

Rogers, C. R. (1974); *A terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes Editores.

Saarni, C. (1999); *The Development of Emotional Competence – The Guilford Series on Social Emotional Development*. New York: The Guilford Press.

Saarni, C. (1999); *Competência emocional e autocontrole na infância*. In Salovey & Sluter (Eds.), *A inteligência emocional da criança. Aplicações na educação e no dia-a-dia* (pp. 54-84). Rio de Janeiro: Editora Campus.

Saarni, C. (2002); *Competência Emocional*. In Bar-On, R., Parker, J. D. A. (2002); *Manual de Inteligência Emocional – Teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Salovey, P., Mayer, J.D. (1990); *Emotional intelligence: Imagination, Cognition and Personality*. 9, 185-211.

Santos, C. B. (2004); Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *Psylogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*.

Seger, C. R., Smith, E. R., Kinias, Z., Mackie, D. M. (2009); Knowing how they feel: Perceiving emotions felt by outgroups. *Elseiver: Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 80-89.

Seymour, J., Shervington, M. (2001); *Como usar a inteligência emocional: Série Sucesso profissional*. São Paulo: Publifolha.

Silva, J., Rosado, A., Serpa, S. (2012); Inteligência Emocional e Prática Desportiva: Uma Análise Global. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto*, Vol. 6, Nº 1.

Siqueira, M., Padovam, V. (2008); Bases Teóricas de Bem-Estar Subjectivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 24, Nº 2, 201-209.

Souza, C. B. (1997); Compreendendo o próprio diagnóstico: análise do relato de mulheres portadoras de câncer de mama. *Psicologia Hospitalar*, 7, 34-43.

Spencer, L.M., McClelland, D.C., & Spencer, S.M. (1994); *Competency assessment methods: History and state of the art*. Hay/McBer Research Press.

Spielberger, C. (2004); *Encyclopedia of Applied Psychology*. Academic Press.

Sprea, J. (2009); *Inteligência Emocional: o diferencial nas organizações educacionais competitivas*. Dissertação de Mestrado submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Empresas.

Steiner, C. (1998); *Educação Emocional*. Rio de Janeiro: Objectiva.

Steiner, C., Perry, P. (2000); *Educação Emocional: Literacia Emocional ou a Arte de Ler Emoções*. Cascais: Pergaminho.

Tuckman, B. W. (2000); *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009); *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011); *Manual do Prestador – Recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa.

Veiga, E. C., Miranda, V. R. (2006); A importância das inteligências intrapessoal e interpessoal no papel dos profissionais da área da saúde. *Ciências e Cognição*, Vol. 9, 64-72.

Veiga-Branco, M. A. R. (2004a); *Competência Emocional*. Coimbra: Quarteto Editora.

Veiga-Branco, M. A. R. (2004b); *Auto-motivação*. Coimbra: Quarteto Editora.

Veiga-Branco, M. A. R. (2005); *Competência Emocional em Professores: Um estudo em Discursos do Campo Educativo*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências da Educação apresentada à Universidade do Porto.

Veiga-Branco, M. A. (2007); *Competência Emocional em Professores* (cap. 20) in Candeias, A.; Leandro de Almeida. *A Inteligência Humana: Investigações e Aplicações*. Coimbra: Quarteto.

Veiga-Branco, M. A. (2009a); Escala Veiga-Branco das capacidades da Inteligência Emocional (EVBCIE): I e III .In Mendonça, S. S. *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Penafiel: Editorial Novembro. (162-164).

Veiga-Branco, M. A. R. (2009b); *La inteligencia Emocional en una Organización de Educación*. V Jornades Educació Emocional.

Veiga-Branco, M. A. (2010); Inteligência emocional em contexto educativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD*. Ano XXII nº 1, vol.5. Ed. Urb. Univ. Badajoz.

Vilela, A. C. L. (2006); *Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros: Validação de um instrumento de medida*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Gestão Pública apresentada à Universidade de Aveiro.

Walpole, H. (1764); *The Castle of Otranto*. Public Domain.

Xavier, S. (2010); A Dimensão Emocional do Cuidar Humano – A necessária metamorfose da formação dos enfermeiros. *Corrente Dinâmica: Emoções em Saúde – Contributos*.

ANEXOS

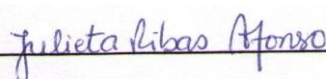
ANEXO I – RESUMO DA EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA EM PORTUGAL BASEADA NOS DECRETOS – LEI

Ano	Legislação	Exposição
1901	Diário do Governo nº 293 de 27/12/1901	Área da Fisioterapia desempenhada por outros profissionais – Referência mais antiga.
1938	D.L. nº 28794 de Julho de 1938	É regulamentado o acesso a funções no âmbito da Fisioterapia e os Médicos reclamam o título de Fisioterapeuta.
1951/52	–	A Fisioterapia foi incrementada no Hospital de S. João de Deus por Almeida de Sá.
1957	–	Surgem os 1 ^{os} Cursos de Agentes Técnicos de Fisioterapia instituídos pela Santa Casa da Misericórdia, com a duração de 3 anos.
1960	–	Surge a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas como representação de um grupo profissional, preocupada com a legitimação da própria profissão.
1961	Portaria nº 18523	Surgiram os cursos para Auxiliares de Fisioterapia: 6 meses mais 3 meses de estágio, e para os Técnicos de Fisioterapia: 1 ano escolar e 3 meses de estágio.
1966	Portaria nº 22034	Introdução oficial do título profissional de Fisioterapeuta aos diplomados pela Escola de Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Alcoitão).
1977	Decreto R. nº 87 de 30 de Dezembro	É criada a Carreira de Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.
1982	D.L. nº 371 de 10 de Setembro	São criadas as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto. Os cursos ministrados passaram a ter a duração de 3 anos e exige-se o 11º ano como condição de acesso.
1985	D.L. nº 384B/85 de 30 de Setembro	É extinta a Carreira de Técnico Auxiliar e é criada a Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT).
1993	D. L. nº 261/93 de 24 de Julho	O Ministério da Saúde definiu a Fisioterapia pela 1ª vez.
1993	D.L. nº 415 de 23 de Dezembro	As Escolas Técnicas são integradas no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico e passam a designar-se por Escolas Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto.
1994	Portaria nº 185 de 31 de Março	A Escola de Reabilitação de Alcoitão é reconhecida como Estabelecimento de Ensino Superior Particular e passa a denominar-se Escola Superior de Saúde de Alcoitão.
1997	–	Surge o primeiro Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses pela necessidade de existir um parceiro social que defenda os deveres e direitos da Carreira Profissional do Fisioterapeuta.
1998	Portaria nº 413-A de 17 de Julho	É aprovado o Regulamento Geral dos Cursos Bie-tápicos de Licenciatura das ESTeS de Coimbra, Lisboa e Porto, nomeadamente o curso superior de Fisioterapia.
1999	Portaria nº 505-D de 15 de Julho	As ESTeS de Coimbra, Lisboa e Porto conferem os graus de bacharel e licenciado e o Curso Superior de Fisioterapia ministrado nas nestas escolas, passa a Licenciatura Bi-etápica, aumentando o nível de qualificação e o grau académico.
1999	D.L. nº 564/99 de 21 de Dezembro	Estabelece-se o estatuto legal do Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, nomeadamente do Fisioterapeuta .

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E ADAPTAÇÃO DA EVCE

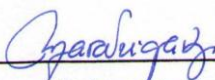
Exma. Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco
Escola Superior de Saúde de Bragança

Julietta Ribas Afonso, aluna do Mestrado em Cuidados Continuados, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, a desenvolver um estudo de carácter exploratório, submetido ao tema: ”*Competência Emocional nos Fisioterapeutas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*”, sob a sua Orientação Científica e Coorientação Científica do Dr. António Fernandes, venho mui respeitosamente solicitar a Vossa Excelência, a autorização para adaptar e utilizar a Escala Veiga de Competência Emocional.



(Julieta Ribas Afonso)

Declaro para os devidos efeitos que autorizo a aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional,



Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Bragança, Abril de 2011

ANEXO III – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

ESCALA VEIGA DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Caro respondente: Está a ser desenvolvido um estudo de carácter exploratório sobre Competência Emocional em Profissionais de Saúde, cuja finalidade é conhecer as mais-valias desta Competência no desenvolvimento da relação terapêutica entre o utente e os técnicos que com ele interagem. Para tal, é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, sendo este constituído por duas partes: a primeira para caracterização do participante em estudo e a segunda referente à aplicação da “Escala Veiga de Competência Emocional”, adaptada e validada para a população portuguesa. O preenchimento do questionário deverá ser o mais próximo possível do “que é/sente” e não do “que deveria ser/sentir”. Responda, por favor, a todas as questões. Preencha apenas um questionário. A confidencialidade das respostas está assegurada. Em nenhum local deverá colocar o seu nome.

*Obrigatório

PARTE I – Caracterização do participante no estudo

Género *

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Idade *

- ☐ 21-25
- ☐ 26-30
- ☐ 31-35
- ☐ 36-40
- ☐ 41-45
- ☐ 46-50
- ☐ 51-55
- ☐ 56-60
- ☐ mais de 60 anos

Estado Civil *

- ☐ Solteiro
- ☐ União de Facto
- ☐ Casado
- ☐ Divorciado
- ☐ Viúvo

Habilitações Literárias *

- ☒ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Possui formação específica na área dos Cuidados Continuados? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se respondeu "Sim", qual?

Tempo de serviço na profissão (anos completos) *

- ☐ 1-5
- ☐ 6-10

- ☐ 11-15
- ☐ 16-20
- ☐ 21-25
- ☐ 26-30
- ☐ 31-35
- ☐ mais de 35 anos

Tipologia (s) da (s) Unidades (s) de Internamento da RNCCI em que trabalha *

- ☐ Unidade de Convalescença
- ☐ Unidade de Média duração e Reabilitação
- ☐ Unidade de Longa duração e Manutenção
- ☐ Unidade de Cuidados Paliativos

Tempo de serviço na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (em anos completos) *

- ☐ 1 ano
- ☐ 2 anos
- ☐ 3 anos
- ☐ 4 anos
- ☐ 5 anos

Acesso ao local de trabalho (em minutos) *

- ☐ 1-15
- ☐ 16-30
- ☐ 31-45
- ☐ 46-60
- ☐ mais de 60 minutos

Qual o grau de satisfação relativamente ao seu local de trabalho? *

1 2 3 4 5

Nada satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito
-----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------

Qual a sua opinião relativamente às condições de trabalho? *

1 2 3 4 5

Nada adequadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelentes
----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------

Sente que as suas idéias são escutadas e colocadas em prática? *

1 2 3 4 5

Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre
-------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------

Da sua actividade profissional de quotidiano, assinala a tarefa que MAIS gosta. *

- ☐ Cinesioterapia Respiratória
- ☐ Mobilização Articular
- ☐ Massagem Manual

- Da sua actividade profissional de quotidiano, assinale a tarefa que MENOS gosta. *

- Tem part-time? *

- Se respondeu "Sim", em média, quantas horas por semana trabalha nesse local?

- Qual o seu grau de realização a nível profissional? *






Considera a relação interpessoal com os colegas de equipa, importante para o seu sucesso profissional? *


Considera a relação interpessoal com os utentes, importante para o sucesso dos cuidados prestados? *




Considera a sua estabilidade emocional importante para a relação interpessoal com os outros (utentes, equipa multidisciplinar, superiores, etc.)? *

Considera importante a relação que estabelece com as outras pessoas (a nível familiar ou social) para a sua estabilidade emocional?

	1	2	3	4	5	
Sem importância						Muito importante

	1	2	3	4	5	
Muito baixo						Muito elevado

	1	2	3	4	5	
Nada satisfeito						Muito satisfeito

	1	2	3	4	5	
Sem reconhecimento						Muito reconhecida

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

[illegible]

f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los. *

[illegible]

g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

h) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por exemplo, suor, rubor, dificuldade em respirar, pressão no peito... etc. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

2. Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:

a) Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

b) Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo; eufórico (a), amuo, etc. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

d) Fico mentalmente retido (a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre... *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

3. Reconheço que tenho tendência a actuar como uma pessoa:

a) Instável, com várias mudanças de humor. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

d) Positiva, encaro a vida pela positiva. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

e) Ruminativa, sempre a “matutar”. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

g) Azarada, não tenho sorte na vida. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

h) Autónoma, independente dos medos e outras opiniões. *

[illegible]

II

1. Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma onda de fúria ou raiva. Ao tentar ficar mais sereno(a), tomou normalmente uma atitude:

a) Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distracção. Arranjei algo que gosto de fazer. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

c) Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente. Fiquei quieto a tranquilizar-me... *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

d) Fiz exercício físico activo (aeróbio). Gastei a energia em actividade... *

[illegible]

e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira. Pensei melhor naquilo... *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

f) Olhei para a situação/facto, por outro prisma, e reavaliei a causa da minha raiva. Pensei nos porquês... *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

b) Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

c) Sinto alívio se comer ou beber. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

d) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

III

1. Reconheço-me como uma pessoa:

a) Com capacidade para controlar os meus impulsos e agir após pensar. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

c) Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

e) Derrotista (não tenho sorte na vida). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

f) Capaz de deixar-me dominar pela ansiedade e pela frustração. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

g) Capaz de sair de qualquer sarilho. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

h) Capaz de ter/ “arranjar” energia e habilidade para enfrentar os problemas. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

i) Suficientemente flexível para mudar os meus objectivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

2. Imagine uma actividade profissional de quotidiano (Cinesioterapia Respiratória, Mobilização Articular, Massagem Manual, Reunião da Equipa Multidisciplinar, Registos no Aplicativo). Durante a actividade, normalmente sinto que:

a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

d) Sou assaltado por pensamentos (Será que estou a dar o meu melhor? Será que estou a cumprir o meu papel? Será que o Superior aprova?). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

e) Experimento sensações de prazer (gozo pessoal). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

f) Vou fazendo e ruminando outros pensamentos que me ocorrem. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

g) Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

3. Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, ou outro), sinto que:

a) Penso no facto e rumino a humilhação. Aquilo fica dentro de mim. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora. Enfim, passo à frente... *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

c) Invade-me a auto-piedade. Acabo por me sentir em baixo, como alguém sem grande interesse... *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

d) Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita... sinto rancor por essa(s) pessoa(s)... *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim... *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

IV

1. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida, fica-me a sensação de que sou capaz de:

a) “Registrar”/perceber os sentimentos dos outros. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

c) “*Le*” os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direcção do olhar, atitude comportamental, posição...). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

2. Reconheço que, nas minhas relações, tenho tendência a valorizar mais:

a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

c) O tom de voz. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

d) A direcção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direcções). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir. Percebo que me sinto bem a ouvir as pessoas... *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

[illegible]

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

	1	2	3	4	5	6	7		
Nunca									Sempre

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca								Sempre

g) Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

2. Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas), reconheço que me acontece:

a) Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

b) Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

c) Entrar em “sincronismo de estado de espírito”. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos, ou gestos concordantes com a outra pessoa. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

e) Preferir colocar-me frente a frente. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

Agradeço a sua colaboração.

Para a continuidade do estudo, e se houver necessidade de aceder ao seu contacto para uma entrevista, se eventualmente se sentir motivado (a) para participar, por favor deixe:

Nº de Telemóvel

Senha 3 dígitos e uma palavra com 5 letras no máximo

Para maior facilidade em contabilizar a amostra e se assim o entender, indique por favor a cidade onde desempenha funções.

Muito Obrigada.

Ft. Julieta Ribas Afonso

ANEXO IV – REQUERIMENTO ENVIADO ÀS UNIDADES DE INTERNAMENTO DA RNCCI

Exmo. Senhor Director:

Assunto: Aplicação de Instrumento de Recolha de Dados: "Escala Veiga de Competência Emocional", em funcionários.

Desde que informamos que nos encontramos disponíveis para apresentar as Isabelle de Lourdes Máximo Caetano, Técnica Superior de Serviço Social, Julieta Ribas Afonso, Fisioterapeuta, e Tânia da Assunção Santos Lopes, Enfermeira, alunas do Mestrado em Cuidados Continuados, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, que se encontram a desenvolver um estudo de carácter exploratório, submetido ao tema: "*Competência Emocional em Profissionais de Saúde no âmbito da rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*", sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Augusta Romão Veiga Branco e Co-Orientação Científica do Dr. António Carvalho, com a finalidade de reconhecer o contributo pessoal e inter pessoal desta Competência, ao nível:

- a. do desenvolvimento da relação terapêutica entre o utente e os técnicos que com ele interagem,
- b. do desenvolvimento e equilíbrio da relações com os seus pares, ao nível da Equipa de Trabalho,
- c. do potencial de melhoria da qualidade de cuidados prestados.

Assim, e por isto, vêm mui respeitosamente solicitar a Vossa Excelência, o contributo e colaboração necessários, para a aplicação de um Instrumento de Recolha de Dados (Questionário) numa amostra constituída pelos profissionais de saúde:

- Técnicos Superiores de Serviço Social
- Fisioterapeutas
- Enfermeiros.

Em termos de operacionalização, mais informamos que o referido Instrumento de Recolha de Dados, será distribuído on line para cada um dos técnicos, e dessa forma devolvido, pelo que não terá qualquer interferência com os tempos, funções e locais de trabalho.

Para tal, e em termos da colaboração que esperamos de V. Ex.^a, consideramos imprescindível que nos sejam disponibilizados os endereços electrónicos (email) dos respectivos profissionais, no prazo de 15 dias após a recepção desta carta, para as seguintes contas de correio electrónico:

- Técnicos Superiores de Serviço Social: isabellemcaetano@gmail.com
- Fisioterapeutas: juribasafonso@gmail.com
- Enfermeiros: mvimioso.tania@gmail.com

Desde já informamos que nos encontramos disponíveis para apresentar os resultados emergentes do estudo, ou qualquer outra informação que no entender de V. Ex.^a, seja pertinente.

Agradecendo desde já a atenção dispensada e contando com a natural compreensão para o desenvolvimento dos trabalhos, deixamos expresso o reconhecimento pela colaboração.

Bragança, Maio de 2011

As Requerentes

Isabelle de Lourdes Máximo Caetano

(Isabelle de Lourdes Máximo Caetano)

Julietta Ribas Afonso

(Julietta Ribas Afonso)

Tânia da Assunção Santos Lopes

(Tânia da Assunção Santos Lopes)

Sob a Orientação Científica de

Maria Augusta Romão da Veiga Branco

(Maria Augusta Romão da Veiga Branco)

ANEXO V – APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS VALORES DOS ITENS DA CAPACIDADE AUTOCONSCIÊNCIA: MÉDIA E DESVIO PADRÃO

Autoconsciência – 20 itens	Média (x)	Desvio Padrão (σ)
Tomo consciência do meu estado de espírito logo no momento, à medida que esses sentimentos me invadem.	4,98	1,017
Caio num estado de espírito negativo e rumino, rumino, pensando no (os) pormenor (es) que me fizeram sentir mal.	4,48	1,417
Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	4,97	1,228
Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo...frustração... ou seja, consigo defini-los.	4,71	1,108
Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	5,34	,947
Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	5,41	1,109
Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	5,47	1,203
Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, pressão no peito, etc.	5,05	1,549
Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento.	4,40	1,363
Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente.	4,50	1,367
Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/fico em mutismo; eufórico(a), etc.	4,91	1,380
Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre.	5,21	1,120
Instável, com várias mudanças de humor.	5,55	1,216
Observadora, consciente do que se passa à minha volta.	5,81	,999
Racional, no que respeita aos meus sentimentos.	5,21	1,056
Positiva, encaro a vida pela positiva.	5,29	1,338
Ruminativa, sempre a “matutar”.	4,71	1,364
Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.	5,26	1,133
Azarada, não tenho sorte na vida.	5,66	1,148
Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.	4,98	1,291

ANEXO VI – APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS VALORES DOS ITENS DA CAPACIDADE GESTÃO DE EMOÇÕES: MÉDIA E DESVIO PADRÃO

Gestão de Emoções – 19 itens	Média (x)	Desvio Padrão (σ)
Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	4,81	1,492
Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração. Arranjei algo que gosto de fazer.	4,88	1,326
Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente. Fiquei quieto a tranquilizar-me.	4,52	1,525
Fiz exercício físico activo (aeróbio). Gastei a energia em actividade.	3,76	1,710
Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira. Pensei melhor naquilo.	4,66	1,358
Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da minha raiva. Pensei nos porquês.	4,83	1,353
Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir mal comigo mesmo(a).	5,60	1,462
Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram.	5,24	1,525
Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.	2,34	1,305
Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	4,50	1,188
Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	4,91	1,502
Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	4,66	1,396
Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	4,29	1,325
Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	3,76	1,315
Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	4,91	1,490
Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	5,34	1,458
Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto.	4,95	1,527
Sinto alívio se comer ou beber.	3,31	1,536
Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	4,45	1,798

ANEXO VII – APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS VALORES DOS ITENS DA CAPACIDADE AUTOMOTIVAÇÃO: MÉDIA E DESVIO PADRÃO

Automotivação – 21 itens	Média (x)	Desvio Padrão (σ)
Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar.	4,90	1,071
Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	4,48	1,367
Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	4,95	1,290
Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	5,83	1,110
Derrotista (não tenho sorte na vida).	5,93	1,168
Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração.	5,45	1,314
Capaz de sair de qualquer sarilho.	4,64	1,119
Capaz de ter/”arranjar” energia e habilidade para enfrentar os problemas.	5,10	1,135
Suficientemente flexível para mudar os meus objectivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	4,95	1,248
Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	3,76	1,368
Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	2,91	1,113
Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	5,31	1,096
Sou assaltado por pensamentos (Será que estou a dar o meu melhor? Será que estou a cumprir o meu papel? Será que o superior aprova?).	4,71	1,414
Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	4,67	1,033
Vou fazendo e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	5,09	1,189
Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	5,48	1,158
Penso no facto e rumino a humilhação. Aquilo fica dentro de mim.	4,48	1,513
Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora. Enfim, passo à frente.	4,76	1,275
Invade-me a auto-piedade. Acabo por me sentir em baixo, como alguém sem grande interesse.	5,34	1,446
Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita..sinto rancor por essa pessoa.	5,38	1,335
Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	5,45	1,202

ANEXO VIII – APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS VALORES DOS ITENS DA CAPACIDADE EMPATIA: MÉDIA E DESVIO PADRÃO

Empatia – 12 itens	Média (x)	Desvio Padrão (σ)
“Registar”/perceber os sentimentos dos outros.	5,19	,926
Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	4,53	1,231
“Ler” os canais não-verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direcção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	5,47	,863
Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	5,16	1,211
A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	4,67	1,066
A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	5,28	,894
O tom de voz.	5,17	1,142
A direcção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direcções).	5,21	1,225
Os gestos (mãos, corpo).	5,19	1,034
Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir. Percebo que me sinto bem a ouvir as pessoas.	4,72	1,412
Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável. Fico irritado.	5,07	1,269
Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta. Mantenho-me tranquilo.	4,53	1,489

**ANEXO IX – APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS VALORES
DOS ITENS DA CAPACIDADE GESTÃO DE EMOÇÕES EM
GRUPOS: MÉDIA E DESVIO PADRÃO**

Gestão de Emoções em Grupos – 14 itens	Média (x)	Desvio Padrão (σ)
Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	5,12	,900
Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que detecto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	4,71	1,228
Consigo dar expressão verbal aos sentimentos colectivos.	4,78	1,027
Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	4,41	1,060
As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	5,60	,972
Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.	4,48	1,064
Nas minhas relações com outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	4,83	1,244
Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	4,81	1,131
Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los.	4,05	1,099
Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	4,78	,974
Entrar em “sincronismo de estado de espírito”.	4,38	1,226
Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa.	3,79	1,411
Preferir colocar-me frente a frente.	4,38	1,335
Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	4,09	1,341

ANEXO X – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO EMOCIONAL

Certificado

P A I D E I A

Certifica-se que Julietta Ribas Afonso
participou na "Formação em Educação Emocional", organizada pela PAIDEIA e
Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional, que
decorreu nos dias 11, 12, 13, 18, 19 e 20 de Outubro de 2011 na Escola
Superior de Saúde de Bragança.

A Presidente da Direcção
PAIDEIA

Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional

(M^{te} Augusta Rômano Veiga Branco)

